Lane Medical Library

Ueber die chirurgische Behandlung der akuten Perityphlitis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

Einer

Hohen medizinischen Fakultät

der Universität zu Leipzig

vorgelegt von

Johannes Nehmiz,

approb. Arzt

aus **Magdeburg.**

Leipzig.

Druck von Bruno Georgi

1902

Ueber
die chirurgische Behandlung der akuten Perityphlitis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

Einer

Hohen medizinischen Fakultät

der Universität zu Leipzig

vorgelegt von

Johannes Nehmiz,

approb. Arzt

aus **Magdeburg.**

Leipzig.

Druck von Bruno Georgi

1902

Gedruckt mit Genehmigung der Medicinischen Fakultät
zu Leipzig. 23. Juli 1902.
Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Trendelenburg.

Meinen Eltern!

Es handelt sich in der vorliegenden Arbeit um einen Bericht über die Erfolge in der Behandlung der Perityphlitis an der chirurgischen Klinik zu Leipzig während der Zeit vom Oktober 1895 bis Mai 1902, und zwar nur soweit sie in Betracht kommt für den operativen Eingriff bei akuten perityphlitischen Abscessen und der vom Wurmfortsatz ausgehenden allgemeinen Peritonitis. — Ich habe das gesamte Beobachtungsmaterial von in Summa 119 Fällen in 2 Gruppen eingeteilt, deren erste die perityphlitischen Abscesse, deren zweite die Fälle von diffuser Peritonitis umfasst. Massgebend bei der Gruppirung der einzelnen Fälle war der Befund bei der Operation.

Die erste Gruppe — perityphlitische Abscesse — ist dann wieder in zwei Unterabteilungen eingeteilt, von denen die erste die einfachen perityphlitischen Abscesse umfasst, während die zweite diejenigen Fälle in sich begreift, bei denen zur Zeit der Operation besondere Komplikationen bestanden oder nach der Operation, aber unabhängig von dieser, hinzukamen.

I.

Perityphlitische Abscesse.

Die Gesamtheit der seit 1895 hier incidierten perityphlitischen Abscesse beläuft sich auf 86, die sich den vorangegangenen Anfällen nach folgendermassen verteilen:

Im 1. Anfall wurden 60 operiert
„ 2. „ „ 19 „
„ 3. „ „ 3 „
„ 5. 6. „ „ je 1 „
einmal schloss sich hier an den 6. noch ein 7. Anfall.

a) Fälle von perityphlitischem Abscess ohne Complikationen.

Es möge zunächst eine kurze Beschreibung des für diese Fälle typischen perityphlitischen Anfalles folgen:

Im Beginn der Krankheit tritt meist nach vorhergegangenen Verdauungsstörungen (Obstipation oder auch Diarrhoe) Bauchschmerz, Pulsbeschleunigung, Temperatursteigerung und Erbrechen auf. Bei der Palpation ist das Abdomen empfindlich, und zwar besonders in der Ileocoecalgegend. Der Bauch ist gespannt und meist leicht tympanitisch aufgetrieben; die Spannung pflegt auf der rechten Seite deutlicher ausgesprochen zu sein als auf der linken. Der Grad der Spannnng ist ein verschiedener, in den schwereren Fällen im allgemeinen ein höherer als in den leichteren. Meist schon nach zwei oder drei Tagen lässt sich dicht über dem Poupartschen Bande ein deutlicher Dämpfungsstreifen nachweisen, der sich bald verbreitert. Um die Dämpfung schon im Beginn nachweisen zu können, ist es notwendig, ganz leise zu perkutieren. — Bald lässt sich bei vorsichtigem, tieferen Palpieren oberhalb des Poupartschen Bandes in der fossa iliaca eine deutliche Geschwulst durchfühlen, welche etwas grösser ist, als dem Streifen der Dämpfung entspricht.

Der weitere Verlauf ist nun ein verschiedener. Unter Umständen gehen Geschwulst und Dämpfung unter Abfall des Fiebers rasch wieder zurück, in andern Fällen wird der Abscess, wenn nicht indiciert wird, grösser und grösser, so dass er schliesslich bis zum Nabel reichen kann.

Neben dem typischen Sitz des Abscesses in der Ileocoecalgegend kommen auch Ausnahmefälle vor, in denen der Abscess wegen Verlagerung des processus vermiformis an einer andern Stelle des Peritoneums auftritt. Man kann sagen, dass jede Stelle der vorderen Bauchwand Sitz des perityphlitischen Abscesses sein kann.

Besonders hat der Abscess gelegentlich seinen Sitz etwas höher oben nach der rechten Lumbalgegend und dem Rippenbogen oder auch mehr medianwärts nach der Symphyse zu. Wenn der Abscess ganz in der Lumbalgegend sitzt, besteht die Vermutung, dass es sich um den seltneren Fall eines extraperitonealen, paratyphlitischen Abscesses handelt. Endlich sitzt der Abscess auch nicht selten so versteckt in der Apertur des kleinen Beckens, dass er eine Dämpfung an der vorderen Bauchwand überhaupt nicht hervorruft. Man kann ihn dann meistens vom Rektum, oder bei Frauen von der Vagina aus fühlen.

In der grössten Majorität der Fälle aber findet sich die Dämpfung am Poupartschen Bande und um die spina iliaca anterior superior herum und wird nach dem freien Teil des Bauches hin von einem Bogen begrenzt, der einem Kreise entspricht, welchen man um einen einige fingerbreit nach unten und aussen von der spina gelegenen Mittelpunkt schlägt.

Die Kranken halten das rechte Bein oft in Beugestellung (cf. die Fälle No. 14, 61, 62), um die Gewebe in der fossa iliaca und die Bauchwand zu entspannen. Eine eigentliche Kontraktur im Hüftgelenk beobachtet man nur bei sehr grossen und schon längere Zeit bestehenden perityphlitischen Abscessen oder noch häufiger, nachdem solche Abscesse spontan aufgebrochen sind und sich Fisteln gebildet haben.

In Bezug auf die Indikationsstellung zur Operation sind die Ansichten bekanntlich noch sehr geteilt. Manche Chirurgen wünschen in jedem Falle und möglichst früh zu operieren'

manche innere Kliniker wollen die Operation möglichst verschoben und auf ganz besonders dringliche — oft dann schon verlorene — Fälle eingeschränkt sehen. In der hiesigen Klinik wird der Mittelweg eingehalten und je nach der Art des Falles individualisiert. Operiert wird im Allgemeinen immer, wenn eine deutliche Dämpfung und Resistenz nachweisbar ist. Ausnahmsweise ist aber auch in solchen Fällen, wenn die Allgemeinerscheinungen leichte waren und keine stärkere Spannung der Bauchwand bestand, zunächst von der Operation abgesehen worden, und der Anfall kam dann bei exspektativem Verfahren zur Heilung. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, dass bei solcher spontaner Heilung eine Entleerung des Abscesses in den Darm, wahrscheinlich meist durch den Stumpf des teilweise gangränös gewordenen processus vermiformis, stattfindet. Denn die Anschauung mancher Kliniker, dass das Exsudat ein seröses sei und resorbiert werde, konnte nicht bestätigt werden. Wurde bei vorhandener Dämpfung und Geschwulst, auch wenn sie noch ganz klein war, incidiert, so fand sich, wenn es überhaupt gelang, in die entzündliche Höhle vorzudringen, jedes Mal ohne Ausnahme eitriges, niemals ein rein seröses Exsudat in derselben.

Was die Technik der Operation anbetrifft, so wird bei typischem Sitz des Abscesses eine dem ligamentum inguinale parallele Incision 1—2 cm von demselben entfernt in nächster Nähe der spina iliaca anterior superior gemacht. Sie muss ganz im Bereich der Dämpfung liegen. Schichtweise werden in derselben Linie die Bauchmuskeln und Fascien durchtrennt. In den tieferen Schichten der Bauchwand pflegt trübes Oedem der Gewebe die Nähe des Abscesses anzudeuten. Die fascia transversa und das mit ihr verklebte Peritoneum werden mit grösster Vorsicht an einer kleinen Stelle durchschnitten, nun kommt reichlich meist übelriechender Eiter hervor, worauf die

kleine Oeffnung, entsprechend der äusseren Wunde, vergrössert wird. Sollte die Incision durch tiefe Fascie und Peritoneum nicht den Abscess, sondern oberhalb desselben das freie Peritoneum eröffnet haben, so wird der kleine Schnitt mit Catgut-Nähten wieder geschlossen und weiter nach unten zu aufs Neue incidiert.

Durch die freie Peritonealhöhle auf den Abscess einzudringen, was Einige für zulässig halten, erwies sich in einem Falle, wo unabsichtlich der Abscess von der freien Peritonealhöhle aus eröffnet wurde, als sehr gefährlich, der Patient starb an einer stürmischen Peritonitis. (cf. No. 66.) Nach freier Eröffnung des Abscesses wird der Finger in die Höhle eingeführt, und man überzeugt sich, ob in derselben ein Kotstein liegt oder der processus vermiformis leicht aufzufinden ist. Nach den Notizen in unseren Krankengeschichten wurde ein Kotstein 16 mal aufgefunden und extrahiert. Er lag entweder frei in der Höhle oder steckte zum Teil noch in der Perforationsstelle in der Wand des Wurmfortsatzes.

Der Kern des Kotsteines ist zumeist aus den Bestandteilen des Kotes, erdigen Salzen (phosphorsaurem Kalk, Ammoniakmagnesia, kohlensaurem und schwefelsaurem Kalk), organischen Bestandteilen, Pflanzenresten zusammengesetzt; seine äusseren Lagen bestehen, wie Ribbert gezeigt hat, grösstenteils aus eingedicktem Schleim und Eiterzellen. Ein Kotstein braucht nicht immer da zu sein oder wenigstens gefunden zu werden. Auch ist zu bedenken, dass er sich bei längerem Verweilen im Eiter wieder auflösen kann, und sich mitunter nur vereinzelte Kotkrümel als Reste vorfinden. Die Meinung, dem Kotstein müsse immer eine feste Masse als Mittelpunkt dienen, ist irrig, insbesondere ist der früher gewöhnlich beschuldigte Kirschkern nach neueren Erfahrungen nur in einem ganz geringen Bruchteil der Fälle der Attentäter.

Ja, Bossard bewies, dass in der Regel das Lumen des processus viel zu klein ist, als dass es einen Kirschkern aufnehmen könnte. — Wir fanden in Fall 13 als Kern des Kotsteines 6 kurze, starke Haare, in Fall 14 einige Borsten, wohl von einer Zahnbürste herrührend, einen Kirschkern nie. Die grosse Statistik Barbier's ergab auf 583 Fälle 21 Kotsteine (43 %), 55 mal (10 %) andere Fremdkörper, Renvers fand unter 459 Autopsieen der Literatur 179 Kotsteine, 16 Fremdkörper notiert, Sonnenburg Kotsteine in über 50 Fällen von 200 Operierten.

Es sei hier auch zweier Fälle Erwähnung gethan, bei denen sich Eingeweidewürmer im processus fanden, das eine Mal zwei Exemplare von trichocephalus dispar, das andere Mal zwei Oxyuren. Kraussold fand im intakten Wurmfortsatz 10 Stück trichocephalus dispar in einem verworrenem Knäuel, Langenbuch ein ascaris lumbricoides und Jsrael zwei lebende Taenienglieder im processus vermiformis. Der Wurmfortsatz wurde in unseren Fällen 10 mal gefunden und in diesen 10 Fällen 8 mal durch Resektion entfernt. Aus der geringen Höhe dieser Zahlen sieht man schon, dass auf das Auffinden des Wurmfortsatzes kein entscheidender Wert gelegt wurde. Der Grund ist der, dass bei der Resektion und Naht des entzündlich infiltrierten Wurmfortsatzes innerhalb der Abscesshöhle prima intentio der Naht doch nicht zu erwarten ist und andererseits alles gewaltsamere Manipulieren innerhalb der Abscesshöhle zum Zweck der Auffindung des versteckt gelegenen processus die Gefahr mit sich bringt, dass Adhäsionen in der Umgebung des Abcesses gesprengt und einer Infektion des bisher freien Teiles der Peritonealhöhle die Wege geöffnet werden.

Der Wurmfortsatz selbst zeigt, wenn er erreichbar und herauszulösen ist, entweder eine Perforationsöffnung oder eine

gangränöse Stelle an seiner Wand. Seltener ist er in toto gangränös.

Der Eiter des perityphlitischen Abscesses ist meist von exquisit fäculentem Geruche, in etwas vorgeschritteneren Fällen ist er von mehr dickflüssiger Beschaffenheit, in ganz frischen mehr dünnflüssig. Rein seröses Exsudat statt des erwarteten Eiters hat sich in unseren Fällen niemals gefunden.

Bei verstecktem Sitze des Abscesses, besonders in der Gegend des Beckeneinganges wurde immer versucht, unter dem peritoneum der fossa iliaca her auf den Abscess einzudringen und denselben dann von unten her mit dem Finger zu eröffnen. Meist gelingt dies. Gelingt es nicht, so wird die Operation am besten unterbrochen und Gaze in den unter dem Peritoneum bis in die Nähe des Abscesses gegrabenen Kanal eingelegt. Nicht selten bricht der Eiterherd in den nächsten Tagen dann nach dem Tampon zu durch, oder es kommt auch zu einer Perforation in den Darm (No. 10, 36.).

Gelingt es, wie in der grossen Majorität der Fälle, den Abscess direkt mit dem Messer zu eröffnen, so bildet den Schluss der Operation das Einlegen von Drainröhren, welche den Abfluss für das Sekret frei halten und eine Retention desselben verhindern sollen. Statt der Gummidrains kann man sich auch der Drainage der Höhle mittelst eingeführter Gazestreifen bedienen. — Ueber der tamponierten Wunde wird ein trockener Verband angelegt, der bei stärkerem Durchsickern der Sekrete täglich gewechselt wird.

Der weitere Verlauf gestaltet sich je nach der Schwere verschieden. In den leichteren Fällen gehen die Erscheinungen der peritonealen Reizung nach Entleerung des Eiters bald zurück, und nach durchschnittlich 4 Wochen kann bei völlig ungestörtem Verlaufe der Wundheilung der Kranke als geheilt entlassen werden. In den schwereren Fällen vollzieht sich die

Besserung langsamer, sei es, dass sich auch an einer anderen Stelle, als da, wo incidiert wurde, neue Abscesse bildeten, oder dass eine Verhaltung von Sekret im Wundgebiete eintrat, sei es endlich, dass irgend eine schwere Komplikation sich zu der Erkrankung hinzugesellte.

Das Verhalten der Temperatur ist von grosser Wichtigkeit. Leichte Temperatursteigerungen treten öfters auf, ohne dass sie eine Gefahr für den Kranken bedeuten. Grade von 38 oder 38,5 weisen in der Regel auf irgend eine Störung des Heilungsprocesses hin. Die Zahl der Pulse kann, solange sie sich unter 100 hält, noch als normal gelten, steigt sie aber über 100 und zwar konstant, wird die Pulswelle schnellend, später klein und weich, dann haben wir es wohl meist mit dem ersten Anzeichen einer drohenden Peritonitis zu thun. Die Wunde selber zeigt oft im Verlaufe der Nachbehandlung graue Beläge, die sich im Laufe der Zeit abstossen. Diese Beläge sind der Ausdruck einer lokalen oberflächlichen Gangrän der Wundflächen, bedingt durch die Berührung mit dem putriden Eiter. Mitunter kommen grössere Fetzen gangränöser Fascien zur Abstossung oder man erkennt in dem Abgestossenen Stücke des gangränösen Wurmfortsatzes.

Wenn durch Abstossung eines Teiles der Wand des processus vermiformis oder des ganzen Fortsatzes eine offene Kommunikation zwischen dem Darme und der Incisionswunde hergestellt ist, fliesst Kot oder durch Kot bräunlich gefärbter Eiter durch diese ab. Die Heilung der Wunde ist dann verzögert, mitunter etablirt sich auch für längere Zeit eine Fistel. In 6 von unsern 66 Fällen verzögerte sich der Schluss der Wunde oder er konnte nur auf operativem Wege herbeigeführt werden. Bei den Fällen 6 und 22 schlossen sich die in der Wunde gebildeten Fisteln erst nach 7 bezw. 8 wöchentlichem Bestehen, die Kranken welche unter 27 und 83 besprochen

sind, wurden mit Fistel entlassen. In Fall 38 schloss sich die Fistel erst nach zweimaliger Auskratzung, nachdem sie 28 Wochen bestanden hatte, bei No. 40 genügte eine Auskratzung.

Die Summe der operirten einfachen perityphlitischen Abscesse beträgt 66, davon wurden geheilt 65, es verstarb (Fall 66) 1.

Auszüge aus den Krankengeschichten:

No. 1. Th., Fritz, 29 j. Schlosser, 3. 4. bis 8. 6. 1895, erster Anfall, hat seit 5 Wochen Fieber; der Leib ist jetzt prall gespannt, rechts über dem Leistenbande besteht Dämpfung und Fluktuation. — Operation: 1 l Eiter wird entleert, in ihm wird staphylococcus pyogenes aureus nachgewiesen. Längere Fisteleiterung. Entlassen.

No. 2. H., Ernst, 27 j. Maurer, lag hier vom 21. 11. bis 21. 12. 1895. Erster Anfall. Am 18. 11. Erbrechen und Leibschmerzen. — Operation am 21. 11.: Abscess mit eitrig getrübter, seröser Flüssigkeit hinter dem Coecum. Geheilt.

No. 3. V., Hildebert, 36 j. Bahnbeamter, von 4. 7. bis 1. 8. 1896 hier im Krankenhause. Erster Anfall. Am 27. 4. erkrankte er mit Schmerzen und Ileocoecalgurren. Schwellung zeigte sich seit dem 1. 6. Jetzt lässt sich Fluktuation nachweisen. — Operation am 6. 7., stinkender Eiter wird entleert. Fistel bis 25. 7. Geheilt.

No. 4. K., Pauline, 57 j. Maurerswittwe, lag hier vom 26. 7. bis 11. 8. 1896; erster Anfall. Sie hat seit Jahren eine hernia cruralis dextra, in welcher schon früher gelegentlich Schmerzen auftraten. Jetzt am 24. 7. ohne besondere Ursache heftiger Schmerz in dem Bruch. — Operation am 27. 7. Verdickter, ödematöser Bruchsack, darin der gangränöse Wurmfortsatz mit einem Kotsteine. Resektion des processus vermiformis. Geheilt.

No. 5. Sch. R., 36 j. Kassenbote, hier vom 3. 8. bis

22. 8. 1896. (1. Anfall). Am 26. 7. Schmerzen, Erbrechen, Dämpfung rechts oberhalb ligamentum Pouparti, ebendort in der Tiefe eine fluktuierende Resistenz zu fühlen, die sehr empfindlich ist. — Operation 5. 8. Stinkender Abscess, in demselben ein Kotstein, wird eröffnet. Geheilt entlassen.

No. 6. B., Hermann, 17 j. Sattlerlehrling, (1. Anfall), lag hier vom 24. 7. bis 25. 9. 1896. Am 22. 7. in der rechten Seite Schmerzen. Dämpfung bis unter Rippenbogen. — Operation am 25. 7.: Erste Incision ergiebt nur Verklebungen, keinen Eiter, auf eine zweite an einer andern Stelle ausgeführte Incision entleert sich ein Tassenkopf voll stinkenden Eiters. Kein Kotstein. Fistel bis 12. 9. Geheilt entlassen.

No. 7. H., Hermann, 26 j. Lithograph, 30. 3. bis. 8. 5. 1897 im Krankenhause, 1. Anfall; Patient litt 1895 an einem Darmkatarrh, bekam 24. 3. 1897 Schüttelfrost, Leibschmerzen, Aufstossen. Jetzt Resistenz über dem r. Leistenband nachzuweisen. — Operation am 31. 3. Retroperitoneal derbe Infiltrationen intraperitoneal ein Abscess mit Kot darin; processus ist gangränös, in ihm ein Kotstein mit 6 kurzen starken Haaren. Geheilt entlassen.

No. 8. K., Elise, 23 jähr. Stubenmädchen, hier vom 18. 5. bis 5. 6. 1897, hatte 1895 den ersten, jetzt am 14. 5. den zweiten Anfall. Kleine wenig empfindliche Resistenz zu spüren. — Operation am 20. 5. Processus hinter coecum verwachsen, wird reseciert, in ihm ein kleiner Abscess. Geheilt entlassen.

No. 9. P., Oswald, 16 j. Hausbursche, hier vom 6. 6. bis 23. 7. 1897, verspürte am 3. 6. heftige Schmerzen besonders rechts, erster Anfall. — Operation am 7. 6. Incision, Eröffnung eines Eiterherdes. Geheilt entlassen.

No. 10. S., Ernestine, 48 j. Bahnarbeitersfrau, hier vom 18. 9. bis 9. 10. 1897, hatte vor 14 Tagen Leibschmerzen. Schon vorher besteht ein rechtsseitiger Leistenbruch, der sich

aber leicht reponieren lässt. Die Haut der Ileocoecalgegend ist ödematös. — Operation am 20. 9. Darmschlingen sind stark verklebt. Eiter wird bei vorsichtiger Untersuchung nicht gefunden, auf ausgedehntere Lösung der Schlingen wird aus Vorsicht verzichtet. Am nächsten Tage lassen sich in dem auffallend hellen Stuhle massenhaft Eiterkörperchen nachweisen. Geheilt entlassen.

No. 11. B., Richard, 17 j. Schlosserlehrling, 1. Anfall, hier vom 22. 11. 1896 bis 24. 1. 1897. Am 18. 11. Leibschmerzen, handtellergrosse flache empfindliche Auftreibung und Dämpfung in der Ileocoecalgegend. — Operation am 23. 11. Grosse Mengen stinkenden Eiters werden entleert. Geheilt entlassen.

No. 12. J., Robert, 22 j. Bodenarbeiter, 1. Anfall, hier vom 12. 10. bis 10. 12. 1897, seit 8 Tagen Schwellung und Schmerzen in der rechten Leistengegend. — Operation am 13. 10. 500 ccm stinkenden Eiters werden entleert (bacterium coli). Geheilt.

No. 13. A., Helene, 25 j. Arbeiterin, hier vom 24. 12. 1898 bis 13. 1. 1899, hatte vor 14 Tagen Schmerzen, erster Anfall. — Operation am 26. 12. ergiebt wenig fäculenten Eiter. Geheilt.

No. 14. B., Max, 33 jährig, hier vom 27. 10. bis 15. 12. 1898. Am 24. 10. heftige Schmerzen, Abdomen aufgetrieben, rechts unten eine prominierende Geschwulst, Fluktuation; der rechte Oberschenkel ist gebeugt. Erster Anfall. — Operation am 28. 10. Reichlich stinkender Eiter, Wurmfortsatz nicht zu finden. Fistelschluss 22. 11. Geheilt entlassen.

No. 15. L., Rosa, 16 jähr., hier vom 4. 12. 1898 bis 9. 1. 1899, verspürt seit 10 Tagen Schmerzen in der rechten Ileocoecalgegend. 1. Anfall. — Operation am 5. 12. Stinkender Eiter entleert sich, Wurmfortsatz nicht zu fühlen. Geheilt.

No. 16. Sch., Kurt, 15j. Kaufmannslehrling, hier vom 10. 10. bis 23. 11. 1898. Im September heftige Schmerzen in der rechten Seite; jetzt Exsudat bis Nabel nachweisbar. — Operation am 11. 10. ergiebt Eiter. Geheilt.

No. 17. B., Iwan, 31j. Maurer, hier vom 5. 5. bis 5. 6. 1899, klagt seit 23. 4. über Schmerzen in der rechten Seite. Dort pralle Resistenz, Fluktuation, handbreite Dämpfung. — Operation am 5. 5. ergiebt stinkenden Eiter und darin einen taubeneigrossen Kotstein. Geheilt.

No. 18. B., Martha, 15j. Dienstmädchen, hier vom 20. 12. 1899 bis 6. 2. 1900, erkrankte vor 14 Tagen an rechtsseitigen Schmerzen. Der Leib ist jetzt aufgetrieben, ein Infiltrat palpierbar. — Operation am 21. 12. Retrocoecaler Abscess. Geheilt.

No. 19. B., Richard, 21j. Tischler, hier vom 31. 8. bis 30. 9. 1899. Seit dem 23. 8. bestehen Leibschmerzen und über dem rechten ligamentum inguinale eine gänseeigrosse Resistenz. — Operation am 1. 9. ergiebt fest abgekapselten Abscess mit stinkendem Eiter, Processus nicht zu finden. Geheilt.

No. 20. C., Erich, 25j. Müller, hier vom 1. 4. bis 6. 5. 1899, erster Anfall, hat seit 14 Tagen unregelmässigen Stuhl. Am 28. 3. treten Schmerzen, Resistenz und Dämpfung in der Ileocoecalgegend auf. — Operation am 2. 4. Der Wurmfortsatz, welcher der Wand des Coecum anliegt, wird nicht entfernt. Eiter entleert sich. Geheilt.

No. 21. H., Ernst, 16j. Laufbursche, hier vom 2. 6. bis 20. 7. 1899. 1. Anfall am 23. 5. mit Schmerzen, Erbrechen, zweimaligem Schüttelfrost, das Abdomen ist aufgetrieben. — Operation am 3. 6.: Grosser retrocoecaler Abscess wird entleert. Geheilt.

No. 22. H., Simon, 17j. Arbeiter, hier vom 23. 6. bis 26. 8. 1899 leidet seit längerer Zeit an Leibschmerzen, besonders in der rechten Seite, das Abdomen ist mässig aufge-

trieben, die Ileocoecalgegend empfindlich. — Operation am 24. 6. ergiebt serös-eitriges Exsudat, im Wurmfortsatz finden sich 2 Exemplare von Trichocephalus dispar. Fistel am 26. 8. geschlossen. Geheilt.

No. 23. J., Hermann, 47 j. Tischler, hier vom 7. 11. bis 5. 12. 1899. 1. Anfall. Am 26. 10. Leibschmerzen, Durchfall, Erbrechen; jetzt in der Tiefe eine druckempfindliche Resistenz. — Operation am 8. 11.: Eröffnung eines retrocoecalen Abscesses. In der Heilung entlassen.

No. 24. L., Emma, 22 j. Köchin, hier vom 4. 12. 1899 bis 24. 2. 1900. Am 15. 2. erster Anfall. Sie lag bis Ende November auf der inneren Abteilung. Am 4. 12. trat ein zweiter Anfall ein: Dämpfung in der Ileocoecalgegend. — Operation am 4. 12.: Grosser Abscess mit Kotstein. Geheilt.

No. 25. N., Otto, 17 j. Laufbursche, hier vom 18. 9. bis 21. 10. 1899. Erster Anfall am 12. 9. mit heftigen Schmerzen in der Ileocoecalgegend, dort Resistenz und Dämpfung. — Am 19. 9. Operation: Einige Esslöffel faeculenten Eiters werden entfernt. Geheilt entlassen.

No. 26. L., Lina, 21 j. Dienstmädchen, hier vom 7. 10. bis 7. 11. 1899, hat Aufstossen, Erbrechen. In der Ileocoecalgegend Resistenz nachweisbar. — Operation am 8. 10.: Grosser retrocoecaler Abscess wird entleert. Geheilt.

No. 27. O., Max, 26 j. Drogist, hier vom 10. 9. bis 14. 10. 1899. Erster Anfall im Mai d. J., zweiter Anfall am 7. 9. mit Schmerzen, Erbrechen, Stuhlverstopfung. — Operation am 12. 9. Reichlich stinkender Eiter in gut abgekapselter Höhle, Fistel secerniert noch am 14. 10. Entlassen.

No. 28. R., Adelheim, 38 j. Schuhmachermeister, hier vom 21. 10. bis 28. 11. 1899. 2. Anfall (?). Seit Pfingsten d. J. klagt der Kranke über Schmerzen in der Ileocoecalgegend, seit 13 Wochen besteht Neigung zu Verstopfung. Jetzt in der

Ileocoecalgegend zweifaustgrosser Tumor. — Operation am 22. 10. Es entleert sich Eiter, starke Blutung aus Abscessmembran. Geheilt.

No. 29. St., Luise, 19jährig, hier vom 4. 10. 1899 bis 23. 3. 1900, erkrankte vor 14 Tagen mit Leibschmerzen, jetzt Leib aufgetrieben. In der Ileocoecalgegend empfindliche Resistenz, deren Fluktuation vom rectum aus zu fühlen ist. — Operation am 5. 10. Von der Scheide aus wird der Abscess eröffnet, es entleert sich Eiter und Kot. Am 20. 12. tritt ein Schüttelfrost ein, am 21. 12. erfolgt ein Durchbruch eines Abscesses in die Harnwege. Geheilt entlassen.

No. 30. Z., Carl, 24j. Schlosser, hier vom 22. 7. bis 28. 9. 1899. Erster Anfall; am 14. 7. Schmerzen im Unterleib. Jetzt in der Ileocoecalgegend ein faustgrosser Tumor. — Operation am 4. 8. ergiebt fäculenten Eiter; die Abscesshöhle reicht bis ins kleine Becken. Geheilt.

No. 31. G., Walter, 15j. Arbeiter, hier vom 10. 8. bis 5. 9. 1900 hatte vor 2 Jahren den ersten, vor 3 Wochen den zweiten Anfall. In der Tiefe der Ileocoecalgegend eine empfindliche Resistenz. — Operation am 11. 8. ergiebt wenig Eiter. Geheilt.

No. 32. S., Hugo, 24j. Fleischer, hier vom 23. 11. bis 29. 12. 1900. Vor einem Jahre erster Anfall, jetzt zweiter; Schmerzen in der Ileocoecalgegend, deutliche Resistenz ist nachzuweisen. — Operation am 24. 11. ergiebt stinkenden Eiter. Am 1. 12. stösst sich ein Stück gangränöser Fascie ab. Geheilt.

No. 33. S., Anna, 16jährig, hier vom 27. 1. bis 27. 3. 1900. Es besteht Dämpfung, der Leib ist aufgetrieben. — Am 27. 1. Operation: Abscess mit stinkendem Eiter wird eröffnet. Geheilt.

No. 34. S., Emil, 43jährig, hier vom 28. 11. 1900 bis

15. 1. 1901. Fühlte am 25. 11. beim Essen einen stechenden Schmerz im Leib, es trat Frösteln ein, Erbrechen. Jetzt undeutlich fluktuierende Resistenz nachzuweisen. Operation am 28. 11. 300 ccm nicht stinkenden Eiters werden entleert. Geheilt.

No. 35. T., Elise, 19j. Dienstmädchen, hier vom 28. 3. bis 4. 5. 1900 erkrankte am 23. 3. mit Schwindel, Erbrechen, Schüttelfrost, Obstipation. Jetzt ausgedehnte Dämpfung über dem rechten Leistenband. — Operation am 28. 3. Processus ist gangränös, in ihm ein Stein, reicht in einen faustgrossen Abscess mit stinkendem Eiter, wird reseciert. Geheilt.

No. 36. W., Luise, 18j. Schneiderin, 15. 11. 1900 bis 23. 1. 1901. Der Leib ist rechts gespannter als links; Schmerzen bestehen und Erbrechen. — Operation am 16. 11. Trotz Oedem der Muskeln gelingt es nicht, den Abscess zu erreichen. Um nicht etwaige schützende Adhäsionen zu zerreissen, wird der Versuch aufgegeben. Am 25. 11. findet sich Eiter im Stuhl. Geheilt.

No. 37. W., Paul, 21j. Färber, hier vom 12. 6. bis 7. 8. 1900. Erster Anfall am 5. 6. mit Schmerzen und Erbrechen Jetzt ist der Leib gespannt. — Operation am 13. 6. Abscess der in ihn ragende eitrig belegte Wurmfortsatz wird reseciert Geheilt.

No. 38. G., Philipp, 20jähriger Kartograph, hier vom 17. 9. 1900 bis 9. 3. 1901 erkrankte mit heftigen Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. — Abdomen gespannt, schmerzhaft mit breiter Dämpfung. — Operation am 31. 9. ein halber Liter stinkenden Eiters wird entleert. Am 1. 11. ist eine Fistel von 4,5 cm Tiefe notiert, am 16. 11. wird die stark secernierende Fistel das erste Mal, am 5. 1. 1901 das zweite Mal ausgekratzt. Die Fistel schloss sich am 9. 3. 1901. Geheilt.

No. 39. A., Lina, 25jähriges Dienstmädchen, hier vom 3. 5. bis 18. 6. 1901. 2. Anfall. In der Ileocoecalgegend ein Exsudat, das bis zur Blase reicht. — Operation am 4. 5. ergiebt reichlich dicken Eiter. Geheilt.

No. 40. B., Franz. 25jährig, hier vom 27. 4. bis 12. 6. Erster Anfall; in der Nacht vom 19. zum 20. 4. Erbrechen, Durchfall Schmerzen in der Ileocoecalgegend. Adomen jetzt besonders rechts gespannt, geringe Dämpfung. — Operation am 2. 5.: stinkender Abscess mit Kotstein. Entlassen.

Wiederaufgenommen am 12. 9. 1901. Es hat sich eine Fistel gebildet, die am 23. 9. ausgekratzt wird. Der Kranke wird am 27. 9. entlassen.

No. 41. B., Marie, 18jähriges Dienstmädchen, hier vom 6. 11. bis 17. 12. 1901. Sie ass eine grosse Menge Kartoffelsalat und bekam darnach heftige Leibschmerzen und galliges Erbrechen. Jetzt besteht eine Dämpfung bis zur Nabelhöhe. Es werden 20000 Leucocyten gezählt. — Operation am 7. 11. Ein Esslöffel sehr übelriechenden Eiters wird entleert, Kotstein. Am 8. 11. ist der Leib wieder aufgetrieben, am 17. 11. Erbrechen. Fistel 6. 12. geschlossen. Geheilt.

No. 42. D., Ernst, 31 j. Kutscher, 13. 6. bis 13. 7. 1901 hier im Krankenhause. Langsamer Beginn der Erkrankung. Am 31. 5. heftige Leibschmerzen. Jetzt Tumor in der Ileocoecalgegend, der fluctuiert; Leib ist etwas aufgetrieben. — Operation ergiebt am 14. 6. $^3/_4$ l Eiter. Geheilt.

No. 43. E., Wilhelm, 22j. Hausdiener, hier vom 21. 6. bis 23. 7. 1901, erkrankte am 13. 6. mit Leibschmerzen. Jetzt ist der Leib mässig schmerzhaft, es besteht schmale Dämpfung. — Operation ergiebt abgesackten stinkenden Eiterherd. Fistel bis 10. 7. Geheilt.

No. 44. F., Paul, 27j. Polierer, hier vom 24. 7. bis 16. 8. 1902. Am 5. 7. traten kolikartige Leibschmerzen auf.

Leib jetzt aufgetrieben, rechts unten Dämpfung. — Operation: intraperitonealer abgesackter Herd. Fistel bis 10. 8. Geheilt.

No. 45. G., Max, 22jährig, 30. 8. bis 27. 10. 1901 hier im Krankenhause, machte 1896 und 1898 je einen Anfall durch. Seit der Nacht vom 28. zum 29. 1901 besteht jetzt der dritte Anfall, wobei das Abdomen leicht aufgetrieben ist. Am 6. 9. beträgt die Zahl der Leucocyten 26200. — Operation am 6. 9. Konvolut verklebter Darmschlingen wird nicht gelöst, kein Eiter gefunden. Geheilt.

No. 46. K., William, 11jährig, hier vom 4. 2. bis 31. 3. 1901; erkrankte am 27. 1. mit Schmerzen und Erbrechen, das Abdomen ist schmerzhaft, zeigt Dämpfung, die Haut zeigt von früherer Behandlung ausserhalb der Klinik herrührende Blutegelbisse. — Operation am 4. 2. in der Tiefe wenig stinkender Eiter. Fistel besteht bis 6. 3. Geheilt.

No. 47. L., Hermann, 46jährig, hier vom 28. 5. bis 29. 6. 1901, wurde 1871 wegen Darmverschlingung operirt, hat seit 1888 fünfmal perityphlitische Anfälle gehabt. Jetzt ist der 6. Anfall eingetreten, in der Ileocoecalgegend eine derbe, schmerzhafte Resistenz, der Leib ist etwas gebläht. — Operation am 28. 4.: Unter und hinter dem Coecum reichliche Verwachsungen, darin eine wallnussgrosse Abscesshöhle und in ihr das narbig verschlossene Ende des Stumpfes des processus vermiformis, der bei den früheren Anfällen augenscheinlich schon verloren gegangen war. Geheilt.

No. 48. M., Franz, 18jähr., hier vom 26. 9. bis 14. 11. 1901. Erkrankte 1900 zum ersten, jetzt zum zweiten Male mit hohem Fieber, Leucocytenzahl beläuft sich auf 25000. Schmerzen im ganzen Leib, Erbrechen grünlicher Massen; Dämpfung über dem rechten Leistenband. — Operation am 27. 9. Intraperitoneal stinkender Eiter in grosser, nach oben sich erstreckender Höhle. Fistel bis 26. 10. Geheilt.

No. 49. M., Melanie, 24 j. Arbeitersfrau, hier vom 14. 9. bis 11. 10. 1901, war stets magenleidend, hat jetzt Schmerzen in der Ileocoecalgegend, Leucocyten 18 000, kein Stuhl. Leib ist mässig aufgetrieben, rechts gespannter als links. Fluktuierende Geschwulst rechts unten. — Operation am 15. 9. stinkender Eiter in einer grossen Abscesshöhle. Am 6. 10. Abort im dritten Monat. Geheilt.

No. 50, Oe., Paul, 23 j. Bierausgeber, hier vom 17. 8. bis 12. 10. 1901, hatte 1898 den ersten, vor fünf Wochen den zweiten Anfall mit Schmerzen und Dämpfung in der Ileocoecalgegend. — Operation am 17. 8. Ein halbes Liter Eiter wird entleert. Geheilt.

No. 51. R,, Clara, 25 j. Köchin, hier vom 17. 5. bis 20. 6. 1901, erlebte am 15. 5. den zweiten Anfall mit starken Schmerzen in der Ileocoecalgegend und Erbrechen. Es besteht eine schmale Dämpfung. — Operation am 18. 5. Aus dem Peritonealraum kommt klares Serum; bei Lösung des Coecums zwecks Freilegung des Wurmfortsatzes entleert sich grosser Abscess mit dickem Eiter, Processus nicht zu sehen. Geheilt.

No. 52. V., Ernst, 27 j. Glaser, hier vom 20. 6. bis 2. 7. 1901, hat seit 8 Tagen Leibschmerzen, rechts unten eine mässige Resistenz. — Operation am 21. 6. Nach Eröffnung des Peritoneums kommen 200 ccm stinkenden Eiters. Geheilt.

No. 53. W., Paul, 18 j. Barbier, hier vom 14. 3. bis 6. 5. 1901, hatte 1900 ersten, 15. 1. 1901 zweiten, jetzt den dritten Anfall mit empfindlicher Resistenz rechts unten. — Operation am 15. 3.: Lösung des mit den Darmschlingen verwachsenen Netzes unterbleibt. Nach einigen Tagen bricht an der Stelle der Tamponade Eiter durch. Fistel bis 24. 4. Geheilt.

No. 54. M., Ida, 38 j. Arbeitersfrau, hier vom 1. 7. 1901 bis 8. 3. 1902. Vor 14 Tagen Schüttelfrost, Fieber, heftige

Schmerzen, 22000 Leucocyten. Jetzt Dämpfung und Fluktuation — Operation am 1. 7. Oedem der Muskeln, Eiterherd abgekapselt. Geheilt.

No. 55. U., Walter, 17 j. Gärtnerbursche, hier vom 6. 3. bis 9. 4. 1901 erkrankte mit Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen rechts unten. – Operation am 6. 3. ergiebt Eiter. Geheilt.

No. 56. B. A., 21 j. hier vom 24. 4. bis 31. 5. 1902. Am 24. 4. erkrankt. Leib tympanitisch, Leber nach oben gedrängt, schmale Dämpfung. — Operation am 1. 5. Dicker Eiter wird mit Stuhlpartikelchen entleert. Geheilt.

No. 57. K., Fritz. 17 j. Telegraphenbote. hier vom 29. 4. bis 9. 6. 1902 hat 24. 4. kaltes Bier getrunken. Leib ist aufgetrieben, es besteht rechts Resistenz und Dämpfung. — Operation 29. 4. Stinkender Eiter ist von Netz und Darmschlingen eingeschlossen. Geheilt.

No. 58. A., Luis, 36 j. Hausdiener, hier vom 2. 4. bis 11. 6. 1902 hatte am 13. 3. Leibschmerzen. Jetzt Resistenz in der Ileocoecalgegend. 12000 Leucocyten. — Operation am 3. 4. Ein viertel Liter stinkenden Eiters entleert. Geheilt.

No. 59. Q., Oskar, 24 j. Wagenrücker, 3. 4. bis 25. 5. 1902 hier, vor $^1/_4$ Jahr erster, zweiter Anfall am 18. 3. mit Leibschmerzen, jetzt dritter am 3. 4. mit grossem Exsudat. — Operation am 3. 4. ergiebt Eiter. Geheilt

No, 60. J., Hermann, 39 j. Landwirt, hier vom 2. 12. 1901 bis 23. 1. 1902. Beginn des Anfalles vor 14 Tagen. Leib jetzt ziemlich stark aufgetrieben, Dämpfung zwei Finger breit. — Operation am 11. 12. Stinkender Eiter wird entleert. Geheilt.

No. 61. S., Franz, 18. j. Barbier, hier vom 25. 11. 1901 bis 10. 1. 1902 hatte im August und Oktober 1901 je einen Anfall, der jetzige, dritte, begann am 22. 11. In der Ileocoecalgegend eine schmerzhafte Resistenz, rechtes Bein wird in Beugestellung gehalten. — Operation am 26. 11. Eiter mit bacterium coli wird entleert. Geheilt.

No. 62. W., Karl. 19 j. Arbeiter, hier vom 19. 1. bis 13. 2. 1902 bemerkt seit 4 Tagen schmerzhafte Resistenz in der rechten fossa iliaca, rechtes Bein in Adduktions- und Beugestellung. — Operation am 20. 1. Es wird Eiter entleert. Geheilt.

No. 63. F., Bertha, 20 j. Dienstmädchen, hier vom 16. 4. bis 18. 5. 1902. In der Nacht vom 2. zu 3. April verspürte sie heftige Schmerzen rechts unten im Bauche. Dort jetzt eine grosse fluktuierende Resistenz. — Operation am 17. 4. Aus einem Abscess in der Lumbalgegend wird reichlich stinkender Eiter mit Kotstein entleert, der nekrotische Processus reseciert. Geheilt.

No. 64. F., Richard, 23 j. Schriftsetzer, hier vom 12. 2. bis 29. 3. 1899 erkrankte am 9. 2. mit heftigen Schmerzen in der Ileocoecalgegend, in beiden Lumbalgegenden lässt sich jetzt bei Lagenwechsel sich verändernde Dämpfung nachweisen. — Operation am 12. 2. Abscess mit ein bis zwei Esslöffeln fäculenten Eiters wird entleert. Am 6. 3. wird eine Phlegmone der Umgebung der Wundränder incidiert. Am 8. 3. stösst sich ein nekrotischer Fetzen aus der Wunde ab. Fistel noch nicht geschlossen bei der Entlassung.

No. 65. M., 21 j. Klavierstimmer, hier vom 6. 9. bis 6. 10. 1899 hatte am 29. 8. Schmerzen in der rechten Seite, dort jetzt eine handtellergrosse, empfindliche Resistenz. — Operation am 7. 9. Aus gut abgekapselter Höhle entleert sich Eiter, Kotstein liegt an der Perforationsstelle des zum Teil verklebten Processus. Geheilt.

No. 66, H., Bruno. 11 j. Arbeiterssohn, hier vom 24. 11. 1901 bis 28. 11. 1901 erkrankte vor 8 Tagen mit Erbrechen und heftigen Schmerzen in der rechten Leistengegend. Jetzt ganz in der Tiefe der rechten fossa iliaca eine schmerzhafte Geschwulst. 36 800 Leucocyten. — Operation am 27. 11. Von einem Schnitt dicht über dem ligamentum Pouparti in der Nähe der spina anterior superior gelangt man in die freie Peritonealhöhle. Der

eingeführte Finger stösst in der Tiefe auf eine derbe Resistenz. Beim vorsichtigen Palpieren derselben reissen die den Abscess umgebenden zarten Adhäsionen ein und übelriechender Eiter ergiesst sich in die Peritonealhöhle. Tamponade. — Abends sehr frequenter, kleiner Puls, diffuse Peritonitis, am nächsten Tage Exitus. — Sektionsbericht: Peritonitis fibrino — purulenta diffusa ex gangraena et perforatione processus vermiformis.

b) Fälle von perityphlitischen Abscessen mit Komplikationen.

Neben diesen einfachen Fällen von perityphlitischem Abscess, bei denen sich die Erkrankung auf die Ileocoecalgegend beschränkte und nach der Incision, wenn nicht besondere Zwischenfälle eintreten, zur Heilung kommt, bleibt eine Reihe von Erkrankungsfällen übrig, die mehr oder minder ausgedehnte Komplikationen im Krankheitsbilde vor oder nach der Operation zeigen.

Eine der häufigeren Komplikationen ist die Pleuritis. Diese ist in den meisten Fällen nur rechtsseitig. Sie entsteht durch eine Fortpflanzung der Infektion als eine Lymphangitis des parietalen Blattes des Peritoneums bis zum Zwerchfell, woselbst durch die zahlreichen Anastomosen der Uebergang auf die Lymphbahnen der Pleura leicht erfolgt. E. Burkhardt äussert sich dahin, dass die Keime nicht auf dem Wege der Lymphbahnen, sondern per diapedesin durchwandern.

Nur einmal finden wir eine Pleuritis serosa verzeichnet. Eine solche ist, sofern sie wirklich rein serös ist, steril, hellgelb, ganz klar, ziemlich eiweissreich, sie äussert sich in lokalem Schmerz, durch diesen bedingte Atmungsbehinderung, mässiges Fieber (Handbuch der praktischen Chirurgie; v. Bergmann, v. Bruns, v. Miculicz).

Einen schwereren Grad der Infektion stellen die Empyeme dar, von denen wir unter 86 Gesamtfällen resp. unter den

20 Fällen mit Komplikationen 5 (5,8 resp. 25 %) aufzuweisen haben. Es sind dies No. 67, 69, 72, 79, 81. Meist bildet wohl ein subphrenischer Abscess das Bindeglied zwischen Pyothorax und Appendixabscess, jedenfalls also ist die erstere immer die sekundäre Erkrankung. Das Empyem hat zur Folge die mechanischen Exsudaterscheinungen: Kompression des Lungengewebes und verringerte Atmungsoberfläche. Es ist begleitet meist von Fieber mit höheren Temperaturgraden, mitunter auch mit Schüttelfrösten. Die Resorption jauchiger Stoffe und Toxine bedingt Verfall der Körperkräfte. Einzugreifen ist, wenn sich Dämpfung nachweisen lässt. Es gilt den Eiter möglichst vollständig und bald aus der Pleurahöhle zu entfernen. Wenn für den Abfluss des Eiters gesorgt ist, bessert sich der Zustand des Kranken in den günstigen Fällen schnell. Oft tritt aber trotz der Entleerung des Empyems der Tod durch Sepsis und Entkräftung ein. Zur Sicherung der Diagnose wird gewöhnlich eine Probepunktion gemacht. Sodann wird die Thoracotomie mit Rippenresektion vorgenommen, die als Normalmethode betrachtet wird. Nachstehende Tabelle giebt Aufschluss über unsere 5 Fälle:

Fall No.	Diagnose und Befund	Operation	Ausgang
67	Perityphlitis, Empyem. — Obere Grenze des Exsudates 5. Brustwirbel.	3 cm der 7. r. Rippe werden reseciert: 1200 ccm Eiter entleert.	Heilg.
69	vergleiche unter „subphrenische Abscesse“ weiter unten.		Heilg.
72	Perityphlitis, Empyema, Gangraena pulmonum, Pyaemia.	Probepunktion ergiebt Eiter. Thoracotomie. 1 l Eiter und Fetzen gangränösen Lungengewebes entfernt.	Tod
79	Perityphlitis: rechts hinten dreifingerbreite Dämpfung.	Operation des perityphlitischen Abscesses. Empyem wegen starken Kräfteverfalles nicht mehr zu operieren.	Tod
81	Perityphlitis, Empyem.	Punktion in der hinteren Axillarlinie, Resektion der 7. Rippe: $^3/_4$ l Eiter.	Tod

Von 5 Fällen heilten also 2, 3 starben.

Einen subphrenischen Abscess als Komplikation der Perityphlitis finden wir bei No. 73, 69 und 74 vor. Der subphrenische Abscess kann das Zwerchfell einschmelzen, in die Lunge perforieren, so dass eitriges Sputum ausgehustet wird. Fall 69 wurde geheilt entlassen, Fall 74 starb, bei dem ersteren wurde übrigens auch noch die Operation einer vereiterten Hydrocele nötig, letzterer zeigte bei der Sektion das Vorhandensein einer beiderseitigen katharrhalischen Pneumonie.

Parotitis als Nebenbefund liegt zweimal vor bei No. 70 und 71. Als eine zufällige Komplikation ist bei Fall No. 77 „ulcus ventriculi“ mit Dilatation des Magens notiert.

Durch sekundär post operationem gebildete Stränge knickte sich bei Fall 85 ein Stück Dünndarm derart ab, dass sich Ileuserscheinungen zeigten. Der Bauch wurde wieder geöffnet und die Enteroanastomose gemacht. Der Kranke ging an einer Schluckpneumonie, die er sich während der Narkose zugezogen hatte, zu Grunde.

Zur Uebersicht der Komplikationen (excl. Empyem) möge diese Tabelle dienen:

Fall No.	Diagnose	Befund	Operation	Ausgang
69	Perityphlitis, subphrenischer Abscess mit Perforation in die Lunge, Hydrocele	Ungefähr 2 Monate nach der Perityphlitisoperation rechts unter spina scapulae verkürzter Schall.	Resektion der 9. Rippe, Jaucheherd unter pleura eröffnet. — Incision der vereiterten Hydrocele testis et funiculi spermatici. Punktion der pleura. Resektion der 6. Rippe: $3^1/_2$ l Eiter.	Heilg.
68	Perityphlitis	Auch über dem linken Leistenband ein Abscess	Incision	,,
75	,,	Abscess auch oberhalb Symphyse	,,	,,
80	,,	Auch am linken Leistenband ein Abscess	,,	,,
82	,,	Abscess auch oberhalb der Blase	,,	,,
83	,,	Grosser Eiterherd auch über dem linken lig. Pouparti	,,	,,
84	,,	Auch Abscess links vom Nabel	,,	,,
73	Perityphlitis, subphrenischer Abscess	Untere Lungengrenze hinten rechts 3 Querfinger höher als links	Resektion der 7. Rippe, es entleert sich jauchiger Eiter	,,
74	Perityphlitis, subphrenischer Abscess, Perforatio in pulmones	Beiderseits hinten Dämpfung. Patient expektorierte $^1/_2$ l Eiter	Rippenresektion $^1/_2$ l Eiter fliesst ab	Tod
78	Perityphlitis, Pneumonie	Links hinten unten handbreite Dämpfung	—	Heilg.
76	Perityphlitis, Pfortaderthrombose, Leberabscesse	Operation des perityphlitischen Abscesses	—	Tod
70	Perityphlitis, Parotitis sinistra	,, ,,	—	,,
71	Perityphlitis, Parotitis	Parotitis	Incision derselben	Heilg.
77	Perityphlitis, Ulcus ventriculi	Erbrechen hellroten Blutes.	—	,,
85	Perityphlitis Ileus, Pneumonie	Abklemmungserscheinungen	Entero-anastomose	Tod

Die Summe der komplizierten Fälle beträgt 20. Von diesen heilten 12 (60%), es starben 8 (40%).

(Fall 69 ist sowohl bei den Empyemfällen wie auch bei den sonstigen Komplikationen aufgeführt worden.)

Das statistische Resultat sämtlicher wegen perityphl. Abscesse (Ia und Ib) vorgenommenen Operationen ist Folgendes:

Es wurden operiert 86 Fälle.

Es wurden geheilt 77 = 89,5%.

Es starben 9 = 10,4%.

Auszug aus den Krankengeschichten der Fälle von perityphlitischen Abscessen mit Komplikationen:

No. 67. Sch., Gustav, 19j. Kellner, hier vom 30. 4. bis 28. 7. 1897. Diagnose: Perityphlitis, subphrenischer Abscess, Empyem. Unterhalb angulus scapulae verkürzter Schall, abgeschwächtes Atmen, über rechtem lig. Pouparti faustgrosser Tumor. — Operation 3. 5. Aus dem perityphlitischem Abscess entleert sich ein halbes Liter stinkenden Eiters mit Kotkrümeln, darunter zwei kirschkerngrosse Kotsteine, in ihnen einige Borsten. — Am 5. 5. Probepunktion in der mittleren Axillarlinie im 7. Interkostalraum. Nachmittags wird der Kranke stark cyanotisch. — 2. Operation an demselben Tage: 5 cm langer Hautschnitt, die siebente Rippe wird in 3 cm Länge reseciert, das Zwerchfell ist gespannt, wird gespalten, es entleeren sich 1200 ccm Eiters. Saugapparat mit Thiersch'scher Gummiplatte wird angelegt. Fistel bis 28. 7. Geheilt.

No. 68. L., Marie, 50j. Lehrersfrau, hier vom 10. 4. bis 5. 6. 1897, erkrankte am 9. 4. mit Leibschmerzen und Erbrechen wässeriger Massen. Der Bauch ist jetzt besonders rechts gespannt. — Operation am 12. 4. ergiebt reichlich Eiter, die Verwachsungen werden nicht gelöst. In den nächsten Wochen bildet sich auch über dem linken Leistenband ein Abscess, der am 6. 5. incidiert wird. Geheilt.

No. 69. B., Johann, 27j. Steindrucker, hier vom 28. 5. bis 28. 12. 1898. Diagnose: Perityphlitis, subphrenischer

Abscess. Er verspürte vor 8 Tagen nach dem Heben eines schweren Steines Schmerzen im rechten Unterleib und Kreuz, das Abdomen ist jetzt druckempfindlich. — Operation am 8. 6.: Intraperitoneal wenig klare, seröse Flüssigkeit, retrocoecal ein Abscess mit Fetzen nekrotischen Gewebes. — Am 5. 8. ist der Schall unter der rechten spina scapulae verkürzt, Bronchialatmen. Eitriges Sputum. Indigo in die Oeffnung der Bauchwunde gespritzt, erscheint im Sputum. — Am 5. 8. wird in der Skapularlinie die 9. Rippe reseciert. Dahinter wird ein Jaucheherd eröffnet. — 10. 8. ist die rechte Scrotalhälfte geschwollen, daher Incision an dieser Stelle; es handelt sich um eine vereiterte Hydrocele testis et funiculi spermatici. — 16. 8 wird die Pleurahöhle lateral von der rechten Mammillarlinie im 6. I. C. R. punktiert und 1700 ccm einer trüben serösen Flüssigkeit abgelassen. — Am 30. 8. wird ein Stück der 6. Rippe in der vorderen Axillarlinie reseciert und $3^1/_2$ l Eiter entfernt. Anlegung eines Saugapparates. Geheilt.

No. 70. G., Martha, 21j. Dienstmädchen, Diagnose: Perityphlitis, Parotitis sinistra, hier vom 1. 9. bis 30. 9. 1898, erkrankte am 22. 8. mit heftigen Leibschmerzen. Der Leib ist jetzt gleichmässig aufgetrieben, über dem rechten lig. ing. zweifingerbreite Dämpfungszone. — Operation am 2. 9. beiderseits grosse Abscesse; sie werden eröffnet. — Exitus. — Sektionsbericht: haselnussgrosser Dekubitus des Wurmfortsatzes mit Kotstein; processus sehr lang, coecum mit Gallenblase verwachsen. Viele ältere Verwachsungen zwischen dem Coecum und den Dünndärmen.

No. 71. H., Paul, 34 Jahre alt, hier vom 27. 3. bis 28. 7. 1898. Diagnose: Perityphlitis, Parotitis. Am 24. 3 ist der Leib aufgetrieben, es tritt Erbrechen auf. — Operation am 28. 3. Im Abdomen trübes Exsudat. 2 cm vom Coecum entfernt ist der Wurmfortsatz perforiert, davor ein grösserer Kot-

stein, daneben zwei kleinere. Umgebung ist eitrig belegt. Resektion des processus. — Am 11. 4. wird die seit einigen Tagen bestehende Parotitis incidiert. Geheilt.

No. 72. E., Wilhelm, 31jähriger Eisendreher, 26. 8. bis 3. 12. 1898 hier im Krankenhause. Diagnose: Perityphlitis, Empyema, Gangraena pulmonum, Pyaemia. Patient erkrankt am 2. 8. mit Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen in der rechten Ileocoecalgegend, dort taubeneigrosse Geschwulst. 14. 8. werden 14800 Leucocyten, am 21. 8. 28000 gezählt. — Operation am 21. 8. Probelaparotomie: processus in alten Verwachsungen, unlösbar, Tamponade. — 5. 9. ist der Leib stärker aufgetrieben, 10. 9. entleert sich Stuhl und Eiter aus der Fistel. Unter der linken Skapula handbreite Dämpfung, seit einiger Zeit wird übelriechendes Sputum ausgehustet. — Operation am 6. 10. Probepunktion in der hinteren Axillarlinie ergiebt stinkenden Eiter. Darauf wird die Thoracotomie ausgeführt: Ueber 1 l zähen stinkenden Eiters und ein hühnereigrosser Fetzen toten Lungengewebes wird abgestossen. — Am 10. 10. bildet sich ein Abscess an der linken Wade, der am folgenden Tage incidiert wird; er enthält grünlichen, stinkenden Eiter. 7. 11. Pneumonie. — Exitus. — Sektionsbericht: kleine, kaum gänseeigrosse Empyemhöhle. Am gangränösen Processus sitzt ein Eiterherd mit einem Kanal nach der vena portarum, die an der Leber zu einem Eitersack ausgebuchtet ist; ihre Aeste sind mit Eitermassen gefüllt, in der Leber finden sich Eitergänge und Abscesse.

No. 73. K., Karl, 18j. Schreiber, hier vom 8. 6. bis 14. 10. 1899. Diagnose; Perityphlitis, subphrenischer Abscess. Der Kranke genoss eine grosse Menge verdorbenen Bieres; darauf erfolgten Schmerzen im Leib und Aufstossen. — Operation ergiebt Eiter, einen Kotstein, der processus ist an der Basis perforiert, wird reseciert. — 4. 7. geht die Temperatur

in die Höhe. Die untere Lungengrenze steht hinten rechts drei Querfinger höher als links; gleichfalls ist die rechte Lumbalgegend gedämpt. — Operation: In der vorderen Axillarlinie wird die 7. Rippe in 3 cm Länge reseciert, es entleerten sich reichlich jauchiger Eiter, auch wird ein gangränöser Gewebsfetzen extrahiert. Geheilt.

No. 74. M., Bruno, 17j. Markthelfer, hier vom 21. 10. bis 29. 10. 1899. Diagnose: Perityphlitis, subphrenischer Abscess mit Perforation in die Lunge, Pneumonie. Am 12. 10. erkrankte er mit Leibschmerzen, besonders rechts unten. In der Ileocoecalgegend ist eine faustgrosse Resistenz zu fühlen, Leucocytenzahl: 30000; es besteht Husten und Auswurf. — Operation 21. 10. Intraperitoneal findet sich ein Abscess zwischen Verklebungen, darin ein Kotstein. — 26. 10. Leucocyten 20000; Husten. 27. 10. beiderseits hinten Dämpfung, Bronchialatmen, Rasselgeräusche. 28. 10. hustet der Patient plötzlich $^1/_2$ l Eiter aus. — Exitus. — Sektionsbericht: In dem an der Spitze perforierten Processus steckt ein erbsengrosser Kotstein; Paratyphlitis, von dieser ausgehend eine Eiterung der Bauchdeken, Verwachsung einer Dünndarmschlinge mit dem vertex der Blase und einem Zipfel des omentum majus; Subphrenische Absesshöhle; Obliteration des unteren Teiles der rechten Pleurahöhle. Links konfluierende katharrhalische Pneumonie.

No. 75. R., C., 19jährig, 11. 5. bis 3. 6. 1900 hier, Diagnose: Perityphlitis, erkrankte am 5. 5. mit Leibschmerzen, Erbrechen. Leib ist gespannt, überall empfindlich, zeigt rechts eine handbreite Dämpfung. — Operation am 11. 5.: Zwischen verklebten Darmschlingen findet sich fäculenter Eiter. — Am 19. 5. tritt eine Temperatursteigerung ein und Aufstossen. Oberhalb der Symphyse hatte sich ein neuer Abscess gebidet, derl

am 19. 5. incidiert wird und reichlich grünlichen Eiter ergiebt. Geheilt.

No. 76. G., Max, 38jährig, hier vom 18. 7. bis 21. 7. 1900. Diagnose: Perityphlitis. Vor 14 Tagen erkrankte Patient mit Schüttelfrost, jetzt über rechtem Leistenband ein palpables Exsudat. — Operation ergiebt am 19. 7. Eiter. — Exitus. — Sektionsbericht: Pfortaderthrombose; Leberabscesse.

No. 77. G., Hugo, 23jähriger Schlosser, hier vom 22. 11. 1900 bis 19. 1. 1901. Diagnose: Perityphlitis, ulcus ventriculi. Erkrankte 13. 11. mit heftigen Schmerzen im Unterleib. Abdomen ist jetzt stark tympanitisch, handtellergrosse schmerzhafte Dämpfung in der Ileocoecalgegend. Die Magengegend ist etwas gebläht. — Operation am 23. 11. ergiebt $^1/_4$ l Eiter. — Am 30. 12. erbricht Patient hellrotes Blut. Geheilt.

No. 78. G., Paul, 18jähriger Contorist, hier vom 23. 4. bis 25. 8. 1900. Diagnose: Perityphlitis, Pneumonie. Er erkrankte vor $^1/_4$ Jahre an heftigen Leibschmerzen. Am 22. 4. trat Erbrechen ein (2. Anfall?), der Leib war gleichmässig aufgetrieben, jetzt handbreite Dämpfung über dem rechten Leistenband, dabei galliges Erbrechen. — Operation am 24. 4. Intraperitoneal befindet sich ein stinkender Abscess mit mehreren Kotsteinen. — 8. 5. Pneumonie. Geheilt.

No. 79. R., Gustav, 37j. Droschkenkutscher, hier vom 9. 2. bis 25. 3. 1900. Diagnose: Perityphlitis. Am 26. 1. Beginn der Erkrankung mit heftigen Schmerzen. Leib ist jetzt aufgetrieben, nur rechts unten empfindlich, dort auch Dämpfung und Resistenz. — Operation am 9. 2. Retroperitonealer Abscess entleert. — 21. 2. ist das rechte Bein ödematös, die vena femoralis empfindlich; rechts hinten unter Skapula Dämpfung, kein Husten, kein Auswurf. Am 25. 2. werden neugebildete Abscesse in der Ileocoecalgegend incidiert, am 28. 2. treten zwei Schüttelfröste auf. Exitus. — Sektionsbericht: Retroperitoneale Phleg-

mone, Empyem, alte peritonitische Abscesse, narbige Obliteration des Wurmfortsatzes. Von einem Psoasabscess aus nach oben verläuft hinter der rechten Niere entlang nach der Pleurahöhle zu eine eitrige Phlegmone, ebensolche Bahn führt durch das foramen ischiadicum majus in die Glutaealmuskulatur, eine dritte unter der Symphyse hin ins rechte Hüftgelenk und zum Schenkelhals, Verjauchte Thromben der vena femoralis dextra.

No. 80. K., Alfred, 26jähriger Schutzmann, hier vom 10. 11. 1901 bis 15. 1. 1902, erkrankte am 2. 11. mit Leibschmerzen, Fieber, Erbrechen. Jetzt besteht über rechtem ligamentum Pouparti eine ausgedehnte Dämpfung. — Operation am 11. 11. stinkender Eiter mit grossem Kotstein wird entleert. — 2. 12. treten Schmerzen im Bauche links unten auf, 5. 12. lässt sich dort Fluktuation nachweisen, und deshalb wird hier incidiert, es entleert sich $^1/_4$ l Eiter. Geheilt.

No. 81. Sch., Henry, 24jähriger Küchenchef, hier vom 18. 11. bis 4. 12. 1901. Diagnose: Perityphlitis, Empyem. Er hat seit einigen Tagen in der Ileocoecalgegend Schmerzen; der Kranke ist stark kollabiert, der Leib stark aufgetrieben, rechts gespannter als links. — Operation am 18. 11. Kleiner Abscess wird entleert. — Da später Atemgeräusch hinten rechts abgeschwächt ist und Dämpfung besteht, wird in der hinteren Axillarlinie in der Höhe der 7. Rippe eine Probepunktion gemacht, die ein serös eitriges Exudat ergiebt. Darauf wird die 7. Rippe reseciert, $^3/_4$ l trüber, seröser Flüssigkeit aus der Pleura entleert. — Exitus. — Sektion verweigert.

No. 82. W., Richard, Kochlehrling, 16 Jahre alt, hier vom 30. 3. bis 31. 5. überstand mit 10 Jahren den ersten Anfall, erkrankte jetzt am 28. 3. zum zweiten Mal mit Erbrechen und Leibschmerzen. Leib ist etwas gespannt, Dämpfung nachweisbar. — Operation am 30. 3. ergiebt Eiter. — Am 15. 4. ist eine Resistenz oberhalb der Blase fühlbar, die am 18. 4. in-

cidiert wird; daselbst sind noch keine Verklebungen mit der vorderen Fläche des Peritoneums zu stande gekommen, daher Tamponade; nach einigen Tagen bricht der Abscess nach dem Tampon zu durch. Geheilt.

No. 83. F. P., 18j., Barbier, hier vom 11. 11. 1901 bis 23. 4. 1902. Am 9. 11. heftige Schmerzen; 24000 Leucocyten werden gezählt und pralle Resistenz jetzt über ligamentum Pouparti. — Operation am 18. 11. Dicht hinter der Bauchwand kein Eiter, deshalb Tamponade; an dieser Stelle bricht nach einigen Tagen Eiter durch. — Am 27. 11. Leucocytenzahl immer noch 24000. — Am 8. 12. Schwellung über dem linken ligamentum inguinale, wo am folgenden Tag ein grosser abgesackter Abscess incidiert wird. Mit 8 cm langer Fistel in poliklinische Behandlung entlassen.

No. 84. F., Reinhold, 51j., Maschinenmeister, hier vom 11. 11. 1901 bis 8. 3. 1902. — Operation am 13. 11. ergiebt reichlich stinkenden Eiter in dem perityphlitischen Abscesse. — Am 4. 1. Schmerzen links vom Nabel, dort wird am 10. 1. incidiert und Eiter entleert. Geheilt.

No. 85. Sch., H., 30j., Friseur, hier vom 23. 3. bis 2. 4. 1902. Diagnose: Perityphlitis, Ileus, Pneumonie. Am 20. 3. heftiger Schmerzanfall. Rechts unten über ligamentum Pouparti, Dämpfung. — Operation am 23. 3. ergiebt reichlich Eiter. — Am 27. 3. zeigen sich Abklemmungserscheinungen, daraufhin Incision in der Mittellinie: Enteroanastomose. Im Anschluss an die Narkose entwickelt sich eine Schluckpneumonie. — Exitus. — Sektionsbericht: Peritonitis circumscripta ex perforatione processus vermiformis. Pneumonia lobularis. Abscessus pulmonum. Pleuritis fibrino purulenta sinistra.

No. 86. M., Robert, 23j., Arbeiter, hier vom 5. 4. bis 29. 4. 1899. Erster Anfall März 1897, jetzt 2. Anfall mit Schmerzen in der Ileocoecalgegend. Operation ergiebt am 5. 4.

stinkenden Eiter. — Exitus. — Sektionsbericht: Retrocoecaler Abscess hinter colon descendens. Abscess im kleinen Becken communiciert mit dem Rektum und der Incisionswunde.

II.

Allgemeine Peritonitis als Folge der Perforation des Wurmfortsatzes.

Wir verfügen über ein Material von 33 Peritonitisfällen als Folge der Perforation des Wurmfortsatzes. Innerhalb der ersten 5 Tage wurden 20 operiert, darunter die 6 Geheilten (die Fälle No. 114, 115, 116, 118, 119 gleich am Tage der Aufnahme, Fall No. 117 am Tage darauf), innerhalb der zweiten 5 Tage 9, die übrigen später. Viele Fälle wurden der Klinik in fast moribundem Zustande überwiesen. Hätte man diese unoperiert gelassen, so würde sich die Statistik wesentlich besser gestaltet haben. Es wurde aber für richtig gehalten, in jedem Fall von diffuser Peritonitis den Versuch zu machen, durch Laparotomie Heilung zu erzielen.

Die diffuse Bauchfellentzündung kann dadurch zu Stande kommen, dass entweder eine abgekapselte Entzündung sich durch die Adhäsionen hindurch auf das bisher noch freie Bauchfell fortsetzt oder dadurch, dass jene durchreissen; oder es schliesst sich auch die diffuse Perforationsperitonitis von einer Perforation des Wurmfortsatzes sofort an, ohne dass es zu Verklebungen und zur Bildung eines Abscesses kommt. In den letztgenannten Fällen ist natürlich die sofortige Laparotomie und Resektion des Wurmfortsatzes geboten, also die sogenannte Frühoperation, wie sie von manchen Chirurgen sogar für alle Fälle von Perityphlitis gefordert wird. Jedoch ist es oft in praxi überaus schwer, den Zustand des Kranken im gegebenen Momente richtig zu diagnosticieren. Auf diese Fälle passt, was Müller (100 Fälle von Perityphlitis, Archiv für klinische

Chirurgie, 1902, 66. Band S. 514) über die Behandlung der allgemeinen Peritonitis sagt: „Abgesehen davon, dass es verschiedene virulente Infektionen giebt, sodass eventuell ein milderer Verlauf der Peritonitis nicht ausgeschlossen ist, sind die therapeutischen Chancen sehr gering. Jedenfalls sind die Resultate so, dass die Therapie der Zukunft mehr und mehr nicht dem Zustande selbst geweiht sein muss, sondern seiner Prophylaxe. — — —

Niemand wird daran zweifeln, dass es einen Zustand giebt, in dem Jeder, der eine allgemeine Peritonitis erwartet, noch durch eine Operation zu retten ist.“ In solchen oben angedeuteten Fällen dürfte sich auch nur ein ganz geringer Bruchteil der Patienten sofort nach Beginn der Krankheit zur Operation entschliessen.

Die Symptome der ausgebildeten allgemeinen Peritonitis sind meist unverkennbar: der Leib ist aufgetrieben, hochgradig druckempfindlich, die Leber nach oben gedrängt, der Puls klein, frequent, das mit kaltem Schweisse bedeckte Gesicht eingefallen, die Nase erscheint auffallend spitz. Die Kranken sind sehr unruhig und erbrechen oft hintereinander fäculente Massen.

Entweder treten die heftigsten Symptome ohne bemerkenswerte Vorzeichen auf oder es erfolgt nach einem mehr regulären Beginn des Anfalles plötzlich die Perforation, kenntlich an heftigen Leibschmerzen und mehr und mehr zunehmenden Meteorismus, oder sie äussert sich in Kollaps mit heruntergehender Temperatur und erhöhter Frequens des Pulses mit verringerter Spannung desselben. —

Was die Operationstechnik angeht, so hat man zwei verschiedene Wege eingeschlagen.

Die Einen incidieren, um dem Eiter Abfluss zu schaffen, das Abdomen an mehreren Stellen, in der Mittellinie etwa und

in den beiden Inguinal- und Lumbalgegenden, und drainieren, ohne die Eingeweide aus der Bauchhöhle herausgehoben zu haben.

Andere Chirurgen stehen auf dem Standpunkte, man müsse die Bauchhöhle möglichst von Eiter und septischen Stoffen befreien und deshalb den Darm in seiner ganzen Länge eventrieren und mit Tupfern von allen anhaftenden Eiterflocken und -belägen reinigen. Die Peritonealhöhle wird bei diesem Verfahren in allen ihren Winkeln und Buchten sorgfältig ausgewischt, worauf die Därme wieder hineingebracht werden.

Bei der Behandlung unserer Fälle wurde verschieden verfahren, je nach den Verhältnissen. Die Eventration ist ein schwererer Eingriff als die blosse Incision zum Zweck der Drainage, sie bleibt ein schwererer Eingriff auch dann, wenn man eine stärkere Abkühlung des Darmes dabei verhütet. Die Eventration wird daher am besten für die Fälle reserviert, bei denen der Kräftezustand ein noch verhältnismässig guter ist.

Der Befund des Wurmfortsatzes in den Fällen von allgemeiner Peritonitis ergiebt sich aus folgender Tabelle.

Fall No.	Processus und Umgebung:	Behandlung des Wurmfortsatzes:
87.	2 gangränöse Stellen. Kotstein.	Resektion.
88.	Wand des Coecum und Ansatz des nekrotischen Processus perforiert.	„
89.	2 kirschkerngrosse, gangränöse Stellen im sehr grossen Processus.	„
90.	2 frische Perforationsstellen, 2 Kotsteine.	„
93.	Processus am Coecum verklebt, Kotstein.	Nicht reseciert.
94.	Processus völlig gangränös, in ihm Kotstein.	Resektion.

95.	Hinter Coecum wallnussgrosser Abscess, processus klein, an der Basis perforiert.	Resektion
97.	Processus hinter Coecum verklebt, mit kleiner Perforation.	„
103.	Processus am Ansatz perforiert, Coecum mit Fibrin bedeckt.	„
100.	Processus an der Spitze perforiert, 2 Kotsteine.	„
109.	Processus frei beweglich, in seiner Mitte eine linsengrosse Perforationsstelle, in ihr Kotstein.	„
112.	Grosse Perforation am Processus, Kotstein herausgefallen.	„
113.	Processus perforiert.	„
116.	Processus sehr lang, ins Mesenterium eingebettet, am Ende frei, dort auch Perforationsstelle.	„
115.	Processus nicht freigelegt	nicht reseciert.
117,	Processus freigelegt, aber	„ „
114.	Processus nicht freigelegt	„ „
118.	Processus perforiert	reseciert.
119.	Processus nicht freigelegt	nicht reseciert.

Der Wurmfortsatz wurde also 14 mal aufgesucht und reseciert, 5 mal nicht freigelegt, da der schon sehr erschöpfte Zustand des Kranken eine möglichste Beschleunigung der Operation erforderte.

Kotsteine wurden 7 mal gefunden, einmal 2 Perforationsöffnungen mit 2 Kotsteinen, einmal lag der Kotstein in der Oeffnung der Perforationsstelle, einmal lag er noch in dem total gangränösen Processus, sonst lag er neben dem durchbohrten Fortsatze.

In bakteriologischer Beziehung interessiert besonders Fall

115, dessen eiterige Flüssigkeit eine Reinkultur von bacterium coli commune aufzuweisen hatte, während sonst die Kulturen fast immer ein Gemisch der verschiedensten Bakterien ergaben; vielleicht bedingte gerade das Fehlen der Mischinfektion den günstigen Verlauf.

Von unsern 33 Peritonitisfällen sind

geheilt 6 = 18,1 %
gestorben 27 = 81,8 %.

Auszüge aus den Krankengeschichten der Peritonitisfälle:

A. Nicht geheilte Fälle.

No. 87. L. Otto, 29jähriger Buchbinder, hier vom 22. 6. bis 24. 6. 1896. Diagnose: Appendicitis perforativa, Peritonitis. Patient erkrankte seit 5 Tagen. Gleich nach der Aufnahme wird die Operation vorgenommen. Es liegt vor das Coecum und der Wurmfortsatz, der am distalen Ende erweitert ist und zwei gangränöse Oeffnungen besitzt, aus welchen mehrere erbsen- bis kirschkerngrosse braune Kotsteine herauskommen. Ein Liter dünnen gelblichen Eiters wird entleert. Resektion des Processus. — Exitus. — Sektionsbericht: Peritonitis universalis, hinter dem Coecum dicke, gelbliche leicht abziehbare Auflagerungen, die bis zur Leber emporreichen.

No. 88. Sch. Robert, 36j. Tischler, hier vom 15. 9. bis 16. 9. 1896. Diagnose: Perityphlitis. Vor 14 Tagen starke Leibschmerzen, seit 8 Tagen sehr oft Erbrechen. — Operation am 15. 9.: Diffuse Peritonitis. — Exitus. — Sektionsbericht: Nekrose des Wurmfortsatzes und der hinteren und der seitlichen Wand des Coecum. Perforation desselben und der Basis des processus. Eiter und Kot im kleinen Becken; subphrenischer Abscess. Allgemeine Peritonitis.

No. 89. G. Erich, 29jährig, hier vom 10. 11. bis 12. 12. 1897, erkrankte vor 5 Tagen mit Magenschmerzen, Erbrechen, Stuhlverhaltung. Bauch jetzt stark gespannt. — Operation am

10. 11. ergiebt reichlich stinkenden Eiter. Der sehr grosse Wurmfortsatz weist zwei kirschkerngrosse gangränöse Stellen auf, wird reseciert. — Exitus. — Sektionsbericht: Diffuse eitrige Peritonitis. Diphtherische Entzündung der Darmschleimhaut.

No. 90. S. Georg, 15j. Malerssohn, hier vom 4. 8. bis 6. 8. 1897. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis. Vor 4 Tagen Schmerzanfall. Abdomen sehr stark aufgetrieben. — Operation 4. 8. Aus der Bauchhöhle werden $^3/_4$ l dünnen, stinkenden Eiters entleert. — Exitus. — Sektionsbericht: Am Processus zwei frische Perforationsstellen mit zwei Kotsteinen, diffuse eiterige Peritonitis.

No. 91. W. Hermann, 60j. Arbeiter, hier vom 22. 6. bis 25. 6. 1897. Diagnose: Perityphlitis im Bruchsack, Peritonitis. Seit 12 Jahren besteht ein rechtsseitiger irreponibler Leistenbruch. Vor 3 Tagen plötzlich Schmerzen im Bruchsack und Erbrechen. — Operation am 22. 6.: Herniotomie: Dabei kommt man in den Darm, der in einem Convolut zusammengeballt mit dem Bruchsack verklebt ist, aus einzelnen Stellen quillt Eiter hervor. Das ganze Packet wird reseciert. Incision auch oberhalb des rechten Leistenbandes. — Exitus. — Sektionsbericht: Chronische, adhäsive Peritonitis um das Coecum herum, welches einem Teile des durch chronische Entzündung verdickten Bruchsackes anliegt. Frische fibrinös-eitrige Peritonitis am Coecum und den umliegenden Dünndarmschlingen.

No. 92. W. Richard, 29j. Rangierer, hier vom 29. 4. bis 3. 5. 1897. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis. Am 23. 4. plötzliche Schmerzen und Aufstossen; rechts über ligamentum inguinale handbreite Dämpfung. — Operation am 29. 4. Diffuse Peritonitis. — Exitus. — Sektionsbericht: Bohnengrosse Perforation des Wurmfortsatzes in der Mitte, Kotstein liegt frei in der Bauchhöhle. Aeltere, zum Teil abgekapselte Eiterherde am Coecum und am kleinen Becken. Diffuse Peritonitis.

No. 93. B. Hermann, 38 j. Zimmermeister, hier vom 1. 4. bis 10. 4. 1898. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis, erkrankte vor 4 Tagen mit Leibschmerzen, Erbrechen. Hat jetzt keine Winde, Abdomen ist empfindlich, aufgetrieben, bei Lagenwechsel an tiefster Stelle Dämpfung. — Operation am 2. 4. Zahlreiche Verklebungen zwischen Dünndarmschlingen, Processus perforiert, am Coecum verklebt, Kotstein in der Bauchhöhle. — Operation am 8. 4. Es hat sich ein gasgefüllter Raum im Abdomen gebildet, der drainiert wird. — Exitus. — Sektionsbericht: Gase in der Bauchhöhle, diffuse eitrige Peritonitis, am Wurmfortsatz verschiedene Perforationsstellen.

No. 94. G., Hermann, 50 j. Arbeiter, hier vom 18. 4. bis 21. 4 1898. Diagnose: Diffuse Peritonitis, Perityphlitis. Am 16. 4. heftiger Schmerzanfall. Der Leib ist gespannt, an zwei nicht zusammenhängenden Stellen desselben bei Stäbchenplessimeterperkussion Metallklang. — Operation am 18. 4.: Der völlig gangränöse Wurmfortsatz, der einen Kotstein enthält, wird reseciert. Freier Eiter in der Bauchhöhle. — Exitus. — Sektionsbericht: Embolieen des Hauptastes der vena portae. Am Coecum dicke Fibrinmassen. Von dem unteren Jejunum ist ein 15 cm langes Stück gangränös. Thrombose der vena circumflexa ilei dextra, Periphlebitis der vena iliaca. Alte abgekapselte Abscesse oberhalb des rechten ligamentum inguinale.

No. 95. B., Hermann, 15 j. Arbeiter, hier vom 11. 8. bis 16. 8. 1899. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis. Am 6. 8. heftige Leibschmerzen; Bauch jetzt ziemlich gespannt, sehr empfindlich. — Operation 11. 8. Intraperitoneal findet sich trübe seröse Flüssigkeit. Hinter dem an der Basis perforierten processus ein wallnussgrosser Abscess, Kotstein. Resektion des Wurmfortsatzes. — Exitus. — Sektionsbericht: allgemeine Peritonitis.

No. 96. H., Hermann, 37 j., hier am 29. 5. aufgenommen.

Seit 25. 5. häufiges Erbrechen. Leib jetzt sehr aufgetrieben und empfindlich. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis. — Operation am 29. 5. intraperitoneal seröses Exsudat. — Exitus an demselben Tage. — Sektionsbericht: Frische allgemeine, um das Coecum herum eiterige Peritonitis, Processus gangränös in der Mitte perforiert, Kotstein. Follikulärer Magenkatarrh.

No. 97. K., Bertha, 16j. Arbeiterin, hier vom 26. 11. bis 3. 12. 1899. Diagnose: Perityphlitis. Am 24. 11. erkrankte Patientin an heftigen Schmerzen in der Ileocoecalgegend, der Leib ist tympanitisch, sehr schmerzhaft. — Operation am 26. 11. Das Coecum ist mit Fibrinmassen belegt, in der freien Bauchhöhle trübes seröses Exsudat, der Wurmfortsatz ist hinter dem Coecum in die Höhe geschlagen, fest verklebt, an einer kleinen Stelle perforiert. Er wird reseciert. — Auch links über dem Leistenband bildete sich ein Abscess der am 3. 12. incidiert wird. — Exitus. — Sektionsbericht: Diffuse eitrige Peritonitis.

No. 98. L., Gustav, 38j. Hausmeister, hier vom 17. 12. bis 18. 12. 1899. Diagnose: Peritonitis nach Perityphlitis. Vor 8 Tagen stechende Schmerzen. — Operation am 17. 12. Freier Eiter in der Bauchhöhle, an zwei Stellen wird incidiert. — Exitus. — Sektionsbericht: Der an der Basis gangränöse, zweimal perforierte Wurmfortsatz ist abgerissen. — Diffuse Peritonitis.

No. 99. M., Gustav, 35j. Arbeiter, hier vom 9. 1. bis 12. 1. 1899. Diagnose: Perityphlitis, erlebte vor 4 und 3 Wochen je einen Anfall. — Erbrechen weiss-grünlicher Massen. Abdomen wenig aufgetrieben. — Operation am 10. 1. Drainage des Peritoncalraumes. — Exitus. — Sektionsbericht: Frische allgemeine Peritonitis, Processus perforiert, hinter coecum ein Abscess.

No. 100. R., W., hier vom 10. 4. bis 11. 4. 1899. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis. Am 4. 4. traten stechende Schmerzen im Leibe auf, dabei Schüttelfrost, Erbrechen, Cyanose, pulsus minimus. — Operation am 10. 4. Processus ist an der Spitze perforiert, davor 2 Kotsteine. — Exitus. — Sektionsbericht: Diffuse, jauchige, zum Teil hämorrhagische Peritonitis.

No. 101. W., Albert, 20j. Schuhmacher, aufgenommen am 19. 7. 1899. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis. Der Leib ist aufgetrieben, empfindlich, Galle wird erbrochen. — Operation am 19. 7. Jauchiger Eiter frei in der Bauchhöhle. — Exitus am 19. 7. — Sektionsbericht: Bleistiftdicke, ältere Perforationsöffnung im mittleren Teile des hier gangränösen Wurmfortsatzes. Diffuse, eitrige Peritonitis, abgeheilte Abscesse über Leber und Milz. Im kleinen Becken Fibrin und Eiter.

No. 102. E., Ernst, 36j. Zimmermann, hier vom 1. 9 bis 8. 9. 1900. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis, Pfortaderthrombose, Leberabscesse. Vor 5 Jahren machte Patient einen Darmkatarrh, vor 1 Jahre einen Icterus durch, seit 10 Wochen klagt er über Unterleibsschmerzen. Der Leib ist jetzt weich, in der Tiefe der rechten fossa iliaca eine derbe, wenig schmerzhafte Resistenz. — Operation am 1. 9. Kleine Menge Eiter aus der Blinddarmgegend entleert. — 16. 9. hochgradige Dyspnoe. Probepunktion in der hinteren Mammillarlinie ergiebt Eiter, Resektion eines Stückes der 8. Rippe, Oeffnung der Pleurahöhle, worauf das Zwerchfell an den unteren Wundrand angenäht wird. Zwerchfell und Leber werden incidiert, es entleert sich viel stinkender Eiter. Am 3. 10. hat sich ein Pneumothorax gebildet. — Exitus. — Sektionsbericht: Perforatio processus vermiformis. Peritonitis purulenta et peritonitis

circumscripta cavi Douglasii. Thrombophlebitis purulenta venae portae totius. Abscessus hepatis. Pyothorax dextra.

No. 103. B. M., 33 Jahre alt, hier vom 10. 12. bis 18. 12. 1901. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis; seit 7. 12. Leibschmerzen und Erbrechen; Leib jetzt sehr gespannt. — Operation am 10. 12. Intraperitoneal übelriechende Flüssigkeit, processus fast am Ansatz perforiert (in der Umgebung des Coecum Fibrinflocken), wird reseciert. Incisionen in der Lumbalgegend und in der Mittellinie ergeben dieselbe Flüssigkeit. Auch nach der Scheide wird drainiert. — Exitus. — Sektion verweigert.

No. 104. G., Karl, 17j. Schlosser, hier vom 7. 12. bis 13. 12. 1901. Diagnose: Perityphlitis und Peritonitis. Am 30. 11. fiel ihm eine schwere Eisenstange auf den Leib. Es bildete sich in der rechten Leistengegend eine Geschwulst, welche massiert wurde, wodurch die Schmerzen stärker wurden. Jetzt sind die Bauchdecken stark gespannt. — Operation am 7. 12. Mehrfache Incisionen ergeben grünen Eiter. — Exitus. Sektionsbericht: Processus ist gangränös. Allgemeine Peritonitis.

No. 105. H., Franz, 68j. Arbeiter, hier vom 23. 11. bis 26. 11. 1901. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis, hatte vor 8 Tagen Schmerzen in der Ileocoecalgegend, Leib gleichmässig aufgetrieben. — Operation am 23. 11. Intraperitoneal freier Eiter. — Exitus. — Sektion verweigert.

No. 106. Sch., Otto, 16j. Markthelfer, hier vom 15. 6. bis 21. 6. 1901. Diagnose: Perityphilitis, Peritonitis. Erkrankte am 8. 6. plötzlich mit Schmerzen. Leib ist jetzt allgemein empfindlich, das Zwerchfell hinaufgedrängt. — Operation am 15. 6. serös-eitriges Exsudat in der Bauchhöhle, beiderseits wird drainiert. — Exitus. Gangrän und Perforation des Prozessus. Kotstein. Peritonitis fibrino purulenta diffusa, Aspiration von Mageninhalt (Sektionsbericht).

No. 107. W., Franz. 31j. Gastwirt, hier vom 16. 2. bis 17. 2. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis. Der Leib ist stark aufgetrieben, 28000 Leucocyten werden gezählt, in den abhängenden Partien des Bauches ist Dämpfung nachzuweisen. — Operation am 16. 2.: stinkender Eiter frei in der Bauchhöhle. — Exitus. — Sektionsbericht: processus ist gangränös. Kotstein. Peritonitis purulenta.

No. 108. K., Hedwig, 20j. Schneiderin, hier vom 4. 1. bis 8. 1. 1902. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis, erkrankte am 2. 1. mit heftigen Schmerzen. — Operation am 7. 1. Intraperitoneal trübes Exsudat. — Exitus. — Sektionsbericht: Der gangränöse Processus ist perforiert. Diffuse eitrige Peritonitis.

No. 109. K. W., 35j. Portier, hier vom 29. 12. 1901 bis 2. 1. 1902. Diagnose: Peritonitis nach Perityphlitis. Am 27. 12. Erbrechen galliger Massen, am 30. 12. ist der Leib aufgetrieben. — Operation am 31. 12. Dünnflüssiger Eiter frei in der Bauchhöhle. In der Mitte des Wurmfortsatzes, der reseciert wird, eine linsengrosse Perforationsstelle, in ihrem Centrum ein Kotstein. — Exitus. — Sektionsbericht: Diffuse Peritonitis.

No. 110. L. Anna, 32j. Heizersfrau, hier vom 10. 1. bis 14. 1. 1902. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis. Erkrankte vor 1 Jahre zum ersten, am 3. 1. 1902 zum zweiten Male an einem perityphlitischen Anfall. — Operation am 10. 1. fäculenter Eiter frei in der Bauchhöhle. — Exitus. — Sektionsbericht: Peritonitis chronica adhaesiva circumscripta et recentior diffusa ex necrosi processus vermiformis. Pneumonia lobularis dextra et sinistra.

No. 111. R. Clara, 21j. Mamsell, hier vom 4. 2. bis 5. 2. 1902. Diagnose: Peritonitis nach Perityphlitis. Am 27. 1. erkrankte sie mit heftigen Magenschmerzen, wird von der

inneren Abteilung verlegt. Am 3. 2. werden 14 000 Leucocyten gezählt. Leib ist jetzt mässig aufgetrieben, am 4. 2. enorm tympanitisch. — Operation am 4. 2. Intraperitoneal dünner Eiter. — Exitus. — Sektionsbericht: Peritonitis diffusa ex gangraena et perforatione processus vermiformis. Thrombophlebitis venae portae.

No. 112. O. Franz, 24j. Rollkutscher, hier vom 1. 3. bis 2. 3. 1902. Diagnose: Peritonitis nach Perityphlitis. Er hatte vor 8 Tagen Leibschmerzen. Jetzt zeigt der Leib in den abhängenden Partieen Dämpfung. Operation am 1. 3. Jauchiger Eiter frei in der Bauchhöhle, grosse Perforation am Wurmfortsatz, Kotstein liegt davor. — Exitus. — Sektionsbericht: Diffuse Peritonitis.

No. 113. B. Alma, 17j. Dienstmädchen, hier vom 12. 5. bis 26. 5. 1902. Diagnose: Peritonitis, Pneumonie. Am 10. 5. Erbrechen, Leibschmerzen. Leib ist sehr empfindlich. — Operation am 12. 5.: Intraperitoneal dünner Eiter, wenig Fibrinniederschläge, besonders viel Exsudat in der Lendengegend, an der Leber, auch im kleinen Becken, der Wurmfortsatz ist perforiert. — 19. 5. Patientin verfällt, es besteht Pneumonie, aus der Incisionswunde kommt Stuhl. — Exitus. — Sektionsbericht: Peritonitis fibrino-purulenta circumscripta e perforatione processus vermiformis. Pneumonia lobularis dextra, Pleuritis fibrino-purulenta duplex incipiens

B. Geheilte Fälle.

No. 114. K. Emil, 20j. Knecht, hier vom 10. 5. bis 27. 6. 1900. Diagnose: Peritonitis nach Perityphlitis. Erkrankte am 7. 5. mit heftigen Leibschmerzen. Jetzt Bauchdecken gespannt, Cremaster kontrahiert, in den abhängenden Partieen des Bauches ausgedehnte Dämpfung, die sich bei Lagewechsel ändert. 14 000 Leucocyten. Stuhl und Blähungen

sind angehalten. — Operation am 10. 5. Incision in der Mittellinie ergiebt reichlich dünnen Eiter, ebenso Incisionen in beiden Lumbalgegenden. (Bact. coli.) — Am 12. 4. ist der Puls besser, Blähungen sind abgegangen, die Sekretion ist mässig, sie versiegt am 25. 5. völlig. Am 15. 6. steht Patient auf und wird am 27. 6. entlassen.

No. 115. R. Adelbert, 19j. Schlosser, hier vom 26. 11. 1901 bis 20. 1. 1902. Diagnose; Peritonitis. Am 24. 11. Beginn der Erkrankung mit Schüttelfrost, Erbrechen und Leibschmerzen. Der Leib ist jetzt sehr stark gespannt bei mässiger Auftreibung, über dem rechten Leistenband eine handtellerbreite gedämpfte Zone. — Operation am 26. 11. Rechts und links Incisionen. Dünnes, gelbliches Exsudat; auch oberhalb der Blase wird incidiert. — Am 27. 11. starke Eitersekretion, am 28. 11. zeitweises Aufstossen, am 1. 12. kommt spontan dünner Stuhl, am 9. 12. können alle Drains entfernt werden, am 22. 12. steht Patient auf und wird am 20. 1. 1902 geheilt entlassen. — Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergiebt eine Reinkultur von bacterium coli commune.

No. 116. M. Frida, 16j. Dienstmädchen, hier vom 28. 3. bis 16. 5. 1902, Diagnose: Peritonitis. Sie erkrankte am 25. 3. mit Unwohlsein, musste am 26. 3. öfters erbrechen und bekam Schmerzen in der rechten Seite des Bauches. Der Leib ist jetzt aufgetrieben, enorm empfindlich. — Operation am 28. 3. Incisionen in der rechten Seite und in der Mittellinie, dünnflüssiger, in der Tiefe mehr dicker Eiter. Besonders im kleinen Becken und im linken Hypochondrium Fibrinbeschläge. Der sehr lange Wurmfortsatz ist in das Mesenterium des Darmes eingebettet, sein äusseres Ende ist frei und perforiert. Mit trockenen Gazebäuschchen wird der Eiter ausgetupft, die Därme eventriert und abgewischt, dann reponiert. Drainage im Douglas, Blinddarm- und linker Lendengegend.

Herauslösen und Resektion des Processus unterbleibt, um den operativen Eingriff nicht zu sehr zu verlängern. Am 29. 3. wird reichlich Kochsalz durch Infusion und Klystier zugeführt. Am 1. 4. beginnt ein Erysipel, das rings um die Hüften und an den Beinen ziemlich symmetrisch nach abwärts läuft. Es ist abgeheilt am 14. 4. Patientin am 16. 5. geheilt entlassen.

No. 117. P. Anton, 30j. Arbeiter, hier vom 2. 2. bis 15. 4. 1902. Diagnose: Peritonitis, lag im Oktober 1901 4 Wochen wegen Perityphlitis auf der inneren Abteilung, vor 8 Tagen zweiter Anfall. Der Leib ist jetzt aufgetrieben, in den abhängenden Teilen gedämpft, Patient ist sehr elend, macht den Eindruck eines Moribunden. — Die Operation wird am 3. 2. eigentlich nur solaminis causa für den Patienten unternommen. Es wird rechts und links incidiert, überall ist stinkender Eiter. Gegen Erwarten bessert sich der Zustand des Kranken am 4. 2. zusehends, täglich von jetzt ab Stuhl. Am 12. 2. lässt die bisher starke Sekretion nach, am 10. 3. steht der Kranke auf und wird am 15. 4. geheilt entlassen.

No. 118. Sch. Gertrud, 9j. Schriftsetzerstochter, hier vom 25. 3. bis 8. 5. 1902. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis. Hatte vor 5 Tagen Leibschmerzen und Erbrechen, Poltern im Leib, seit dem 22. 3. keinen Stuhl, der Leib ist etwas druckempfindlich, rechts und links gedämpft. — Operation am 25. 3. Incision in der linea alba: eitriges Exsudat, am Processus eine Perforation, er wird reseciert. Die Darmschlingen werden gereinigt, der Eiter durch Tupfer aus der Bauchhöhle entfernt. Drainage. 27. 3. Die Kranke erhält halbstündlich per rectum 40 ccm Kochsalzlösung, subkutan Kampher. Am 29. 3. gehen Winde ab, 30. 3. verträgt die Kranke wenig flüssige Nahrung per os. 8. 5. geheilt entlassen.

No. 119. N. Reinhold, 25j. Notenstecher, hier am 26. 5. aufgenommen, zur Zeit noch im Krankenhaus. Diagnose: Perityphlitis, Peritonitis. Erkrankte am 26. 5. mit Schmerzen und Erbrechen. Der Leib ist aufgetrieben, rechts und links Dämpfung. — Operation am 26. 5. Starkes Oedem der Bauchmuskeln. Intraperitoneal dünner, flockiger Eiter, auch Incision in der Mittellinie. Die Därme werden abgewischt, der Bauch ausgetupft. Drainage. — Am 29. 5. mehrmals Klystiere von Kochsalzlösung, am 30. 5. Magenausspülung, am 2. 6. kommt spontan Stuhl, am 5. 6. steht Patient auf und befindet sich zur Zeit wohl.

Zusammenfassung.

Die Behandlung der in der Leipziger chirurgischen Klinik operierten Fälle von perityphlitischen Abscessen und der vom perforierten Wurmfortsatz ausgehenden diffusen Peritonitis zusammengenommen ergiebt folgendes statistisches Resultat:

Es wurden operiert	119	Fälle.
a) Abscessincisionen	86.	
α) reine Abscesse	66,	
Geheilt	65 = 98,4 %	
Gestorben	1 = 1,5 %.	
β) Komplikationen	20,	
Geheilt	12 = 60 %,	
Gestorben	8 = 40 %,	
b) Operationen bei diffuser Peritonitis	33,	
Geheilt	6 = 18,1 %,	
Gestorben	27 = 81,8 %.	
Es wurden also von	119	Fällen
geheilt	83 = 69,7 %.	
es starben	36 = 30,2 %.	

Zum Schlusse sei es mir verstattet, Herrn Geh. Med. Rat Professor Dr. med. Trendelenburg für die gütige Ueberlassung des Materiales und das freundliche Interesse, welches er der Bearbeitung desselben entgegenbrachte, sowie Herrn Privatdozent Dr. med. Wilms für seine wertvolle Unterstützung meinen Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. H. Nothnagel, Specielle Pathologie und Therap. 1898. VIII.
2. Küster, Appendicitis oder Epityphlitis? Centralblatt f. Chir. 1898.
3. Sonnenburg, Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1894. XXXVIII.
4. Sonnenburg, Ueber Appendicitis simplex. Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin 1895.
5. Matterstock, Perityphlitis. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten 1880. IV.
6. Ribbert, Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes. Virchows Archiv CXXXII.
7. C. Gerhardt, Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht 1866. II. pag. 136.
8. Bossard, Ueber die Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes. Inaug.-Diss. Zürich 1869.
9. Wolbrecht, Ueber Pleuracomplicationen bei Typhlitis und Perityphlitis. Inaug -Diss. Berlin 1891.
10. Duddenhausen, Typhlitis stercoralis. Inaug.-Diss. Berlin 1869.
11. Aufrecht, Berl. klin. Wochenschr. 1869. Statistik.
12. R. F. Weir, Remarks on subdiaphragmatic and rectal abscessus of appendical origin. New-York med. Record 13. 2. 1892.
13. H. Barbier, Revue générale de l'appendicite et en particulier de la colique appendiculaire Gaz. méd. 1892. No. 12.
14. Fürbringer, Berl. klin. Wochenschr. 1891. Statistik.
15. Renvers, Zur Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 8.
16. M. F. Porter, A Contribut of the study of the treatement of appendicitis etc. Amer. Journ. of the med. sciences Dec. 1893.
17. Lewis Smith, Appendicitis, Thyphlitis and Perityphlitis in children, Boston med. Journ. 1890. pag. 514.
18. Eichhorst, Typhlitis in Eulenburg's Encyklopädie.
19. M. Jaffé, Zur Exstirpation des Wurmfortsatzes im Intervall. C. f. Chir. 1901. N. 31. p. 777.

20. Müller, Zur Topographie des processus vermiformis. C. f. Chir. 1901, N. 21. p. 681.
21. Sprengel, Zur Methodik der Appendicitisoperation. C. für Chir. N. 28. p. 705.
22. Berndt, Ueber Epityphlitis und gegenwärtigen Stand ihrer Behandlung. C. f. Ch. 1901. p. 603.
23. Malthe, Ueber Appendicitis (med. Gesellsch. zu Christiania) p. 970.
24. Körte, Wann sollen wir bei Perityphlitis eingreifen? p 592.
25. Klamm, Ueber Aetiologie der akuten Erkrankung des processus vermiformis p. 780.
26. Lanz, Zur Technik der Amputation des Wurmfortsatzes p. 735.
27. Lanz, Die Indikationen zur operativen Behandlung der Perityphilitis.
28. Zoege von Manteuffel, Ueber die Behandlung der Perityphlitis p. 434.
29. Rehn, Die chirurgische Behandlung der akuten Appendicitis p. 80 (Anhang).
30. Rotter, Zur Behandlung der akuten Perityphlitis p. 85 (Anhang).
31. Mühsam, Zur anatomischen Diagnose der Perityphlitis p. 85 (Anhang).
32. Riese, Beiträge zur Behandlung der akuten Perityphlitis p. 88 (Anhang).
33. Dieulafoy, A propos du diagnostic et du traitement de l'appendicite. C. f. Ch. 1900.
34. Müller-Basel, Hundert Fälle von Perityphlitis. Archiv für klin. Chir. 66. Bd. 1902.
35. Koch, Erfahrungen über die chronische recidivierende Perityphlitis auf Grund von 200 Radikaloperationen (aus der chir. Abteilung des St. Hedwigskrankenhauses). Archiv f. klin. Chir. 67. Band, 2. Heft 1902.

Lebenslauf.

Ich wurde am 27. Juni 1876 zu Magdeburg als Sohn des Pastors an St. Ulrich Hugo Nehmiz und seiner Ehefrau Elisabeth geb. Moeller geboren.

Nach der Versetzung meines Vaters nach Berlin an das Centraldiakonissen- und Krankenhaus Bethanien besuchte ich von 1886 bis 1892 das Leibniz-Gymnasium, mit einer Unterbrechung von einem Jahre — 1890 bis 1891 — welches ich auf der Klosterschule Rossleben verbrachte. Am 19. März 1892 bestand ich in Magdeburg, wo ich seit 1892 das kgl. Domgymnasium besuchte, das Abgangsexamen, ging nach Marburg in Hessen um Medizin zu studieren, bestand dort am 3. Mai 1899 das tentamen physicum, ging im Oktober 1899 nach Leipzig, diente dort ein halbes Jahr und erlangte am 13. Mai 1902 die Approbation als Arzt.

Ich hörte in Marburg bei den Herren:

Disse, Korschelt, Kossel, Melde, A. Meyer, Zincke, Gasser, Zumstein, — Ahlfeld, Buchholz, Enderlen, Kühne, Küster, Mannkopf, Marchand, H. Meyer, Friedrich Müller, Nebelthau, Saxer;

In Leipzig bei:

Bielschowsky, Boehm, Curschmann, Friedrich, His jun., Hofmann, Kockel, Köllicker, Krückmann, Marchand, Riehl, Sattler, Schröter, Soltmann, Spalteholz, Trendelenburg, Wilms, Zweifel,

welchen ich für das von ihnen Empfangene meinen aufrichtigen Dank ausspreche.